

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL  
Trabajo de Fin de Grado

# **EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DEPRESIÓN EN ARAGÓN**

## **ANÁLISIS DE LAS REPERCUSIONES SOCIALES**



Alumna: Sandra Cerrón González  
Directora: Yolanda López del Hoyo  
**Zaragoza, 15 Junio de 2012**



**Universidad**  
Zaragoza



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo  
**Universidad Zaragoza**

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2. METODOLOGÍA .....</b>	<b>6</b>
1.2.1. Descripción de los métodos empleados .....	7
1.2.2. Descripción de las herramientas empleadas.....	8
1.2.3. Sistema de citas y referencias bibliográficas .....	8
<b>1.3. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. TRASTORNO DEPRESIVO .....</b>	<b>19</b>
2.1.1. ¿Qué es?.....	19
2.1.2. Síntomas .....	20
<b>2.2. ETIOLOGÍA Y MODELOS EXPLICATIVOS.....</b>	<b>21</b>
2.2.1. Etiología .....	22
2.2.2. Modelos explicativos.....	23
2.2.3. ¿Interpretación más adecuada? .....	27
<b>2.3. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN .....</b>	<b>28</b>
2.3.1. Prevalencia .....	28
2.3.2. Incidencia .....	30
2.3.3. Sexo, edad y depresión .....	30
<b>2.4. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS         DEPRESIVOS .....</b>	<b>38</b>
2.4.1. Clasificación según la categoría diagnóstica .....	39
2.4.2. Tipología de los trastornos depresivos .....	40
<b>2.5. TRATAMIENTOS .....</b>	<b>50</b>
<b>2.6. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN .....</b>	<b>53</b>
2.6.1. Evaluación del contenido.....	53

2.6.2. Evaluación de las causas.....	53
2.6.3. Evaluación de las técnicas e instrumentos .....	54
<b>2.7. NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DEPRESIÓN...</b>	<b>54</b>
2.7.1. Apoyo social .....	54
2.7.2. Orden social y depresión .....	57
2.7.3. Apoyo familiar y pertenencia a grupos .....	58
<b>DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN. ....</b>	<b>62</b>
<b>3.1. PLAN ESTRATÉGICO SALUD MENTAL EN ARAGÓN .....</b>	<b>62</b>
<b>3.2. RECURSOS SOCIALES EXISTENTES .....</b>	<b>64</b>
<b>3.3. ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ENFERMOS CON DEPRESIÓN EN ARAGÓN (AFDA). ....</b>	<b>72</b>
3.3.1. Descripción de la Asociación. ....	72
3.3.2. Observaciones realizadas. ....	81
3.3.3. Evaluación de necesidades. ....	87
<b>CONCLUSIONES. ....</b>	<b>107</b>
<b>PROPUESTA DE UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL.....</b>	<b>110</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>123</b>
<b>ÍNDICES.....</b>	<b>127</b>
<b>Índice tablas.....</b>	<b>127</b>
<b>Índice figuras. ....</b>	<b>128</b>
<b>Abreviaturas.....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>131</b>

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación social tiene como finalidad evaluar las necesidades de las personas con depresión que pertenecen a la Asociación de Familiares y Enfermos con Depresión en Aragón (AFDA), en la ciudad de Zaragoza. Pero también, analizar las repercusiones sociales que ocasiona este trastorno en la persona que lo padece y en su entorno inmediato.

La investigación parte del conocimiento de que para la próxima década (año 2020), la **depresión será una de las principales causas de discapacidad en el mundo.**

En el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial se especifica que la "discapacidad forma parte de la condición humana pues casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente a lo largo de su vida, bien por cuestiones accidentales o por envejecimiento" (Estrategia Española sobre discapacidad, 2012-2020).

La crisis está favoreciendo además un notable empobrecimiento de la población española y una sensación de frustración y malestar generalizado que deriva en problemas de salud mental como por ejemplo, la depresión.

Es ya un hecho que la situación que estamos atravesando en España está influyendo negativamente en la forma de vivir de muchos ciudadanos. Está deteriorando el bienestar personal y la calidad de vida de aquéllos que se ven afectados por situaciones de necesidad.

Estas situaciones de necesidad pueden estar relacionadas con la escasez y la disminución de los recursos públicos (prestaciones económicas, pensiones, recursos materiales, sociales, sanitarios, etc.), con los problemas económicos y laborales que sufren las familias, pero también, con la ausencia de redes de apoyo y de interacciones sociales en los diversos ámbitos de la vida diaria (laboral, personal, familiar, social, etc.).

Si centramos la atención exclusivamente en aquellas personas diagnosticadas de enfermedad mental, como son las personas con depresión, la crisis supone

una situación más grave si cabe de vulnerabilidad y de exclusión social. Las personas con trastornos depresivos precisan de una especial atención psicosocial y socio-sanitaria.

Por ello, las intervenciones sociales que se diseñen, deben ir orientadas a prestar una atención integral y global que permita la colaboración y coordinación entre profesionales especializados en el Área de la Salud Mental (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y otros agentes).

Desde el Trabajo Social se deben identificar estos contextos para analizar las necesidades y demandas que los ciudadanos perciben. Se deben diseñar intervenciones sociales para modificar las situaciones negativas que se manifiestan en el medio. Se debe prestar especial atención a las personas que padecen problemas de salud mental, incluirlas en los planes, programas y proyectos y promover en sus contextos una mayor calidad de vida y un mayor bienestar personal y social; por ejemplo, a través de intervenciones comunitarias como las que realiza AFDA.

De hecho, se requieren numerosas intervenciones sociales desde el Trabajo Social orientadas a generar y gestionar servicios, a crear bienes y a fomentar una mayor concienciación y sensibilización social ante este tipo de problemáticas relacionadas con la Salud Mental.

### 1.1. OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos que se persiguen alcanzar con la realización de esta investigación son los siguientes:

- Evaluar las necesidades de las personas que sufren depresión en la ciudad de Zaragoza.
- Analizar las repercusiones sociales que ocasiona la depresión, prestando especial atención al ámbito familiar y social.

### 1.2. METODOLOGÍA

La metodología que se va a utilizar es cualitativa y parte del conocimiento de los fenómenos o problemáticas relacionadas con los trastornos depresivos que sufren algunas personas que pertenecen a la Asociación AFDA.

El estudio se ha llevado a cabo desde el mes de febrero hasta el mes de mayo del 2012 y se han aplicado diferentes técnicas de investigación social (entrevistas y observaciones).

El objeto de estudio son los propios socios de AFDA, aquéllos que han accedido a participar en el mismo.

Se suceden tres fases en esta investigación:

Tabla 1. Fases de la investigación social.

<b>SUBESTUDIO 1</b>	Revisión bibliográfica sistemática.
<b>SUBESTUDIO 2</b>	Análisis de la realidad.
<b>SUBESTUDIO 3</b>	Evaluación de necesidades.
<b>SUBESTUDIO 4</b>	Proyecto de intervención.

### 1.2.1. Descripción de los métodos empleados

El **primer subestudio** consistirá en la realización de una revisión bibliográfica sistemática para recopilar información sobre la depresión.

Esta revisión de documentación, dotará al investigador de un mayor conocimiento sobre el trastorno y le permitirá disponer de una base teórica sólida con la que desarrollar el marco teórico y sobre la que partir para realizar el posterior análisis de la realidad. Para ello, se procederá a realizar dos búsquedas de información, una formal y otra informal.

La búsqueda formal se realizará a través de bases de datos. La búsqueda informal se realizará consultando diversos artículos, manuales, libros relacionados con el área a investigar (Salud Mental) y la Depresión. Cada uno de los documentos que sean consultados y utilizados, serán citados y referenciados al final de la memoria, en el apartado de bibliografía.

Esta fase se prevé llevar a cabo desde el mes de febrero hasta finales del mes de marzo.

El **segundo subestudio**, consistirá en analizar la propia Asociación AFDA y el contexto en el que están inmersas las personas afectadas por depresión y sus familiares.

Para obtener información, se realizarán entrevistas al psicólogo y al trabajador social, analizando el tipo de recursos y servicios que ofrece, las demandas que se detectan, el número de personas que forman parte de esta Asociación, la prevalencia, el género, etc.

Será llevado a cabo desde dentro de la propia Asociación y se prevé su realización durante el mes de abril.

Posteriormente, se realizará un **tercer estudio** en el que se evaluarán las necesidades de las personas con depresión miembros de AFDA. Para ello, se entrevistará a los socios y se asistirá como observadora a las terapias grupales que imparte el psicólogo semanalmente en la Sede de la Asociación.

Se realizará a finales del mes de abril y durante el mes de mayo.

Finalmente, se procederá al **cuarto subestudio**, que consistirá en el diseño de un proyecto de intervención social que pretenderá responder a las necesidades detectadas tras la realización de los subestudios anteriores.

Será lo último que se desarrolle y se realizará durante la primera semana de junio.

### **1.2.2. Descripción de las herramientas empleadas**

Para la elaboración del marco teórico y conceptual, para realizar el primer subestudio, se van a utilizar las bases de datos de la Universidad de Zaragoza. Dichas bases son CSIC, *Pubmed* y *PsicInfo*.

Para la elaboración del segundo subestudio, el análisis de la realidad, se va a entrevistar al psicólogo y al trabajador social de AFDA; se realizarán entrevistas informales, formales y semi-estructuradas. Se consultarán todos los documentos que se proporcionen desde la organización por su relevancia para el estudio. También recursos online como la página web de la Asociación y de otras organizaciones del Tercer Sector relacionadas con la discapacidad y la salud mental (CECEMFE, FEALES, FEAPS, CERMI).

Para la realización de la evaluación de necesidades, tercer subestudio, se utilizarán las técnicas de la observación (directa y participante) y las entrevistas formales, informales y semi-estructuradas también, pero esta vez dirigidas a los socios de AFDA.

Sería interesante realizar grupos de discusión también, pero esta actividad quedará sujeta a la disponibilidad del investigador y de los posibles participantes interesados.

### **1.2.3. Sistema de citas y referencias bibliográficas**

Se ha empleado el sistema de citación APA (*American Psychological Association*) porque es uno de los más utilizados por la comunidad científica y concretamente, en las Ciencias Sociales.



### **1.3. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN**

Como se ha mencionado anteriormente, la investigación se desarrolla a lo largo de cuatro fases o etapas que denominamos subestudios y que se especifican a continuación.

Cada subestudio mantiene la misma estructura: objetivos que se desean alcanzar, planteamiento de hipótesis, diseño del estudio y resultados.

#### **Subestudio<sub>1</sub>: Revisión bibliográfica sistemática**

##### **Objetivos**

###### Objetivo General:

1. Recopilar información sobre la depresión para realizar la investigación social.

###### Objetivos Específicos:

- 1.1. Definir el trastorno depresivo y sus características más relevantes (diagnóstico, tipo de trastornos depresivos, tratamientos, evaluación).
- 1.2. Conocer las necesidades de las personas con depresión en función del género y la edad.
- 1.3. Conocer las repercusiones sociales de la depresión en las personas que la sufren directamente, abarcando la dimensión personal-individual, familiar y social, laboral y económica.

##### **Hipótesis**

###### Hipótesis General:

Están teniendo lugar una serie de acontecimientos vitales estresantes a nivel internacional, que desde el año 2008 han afectado negativamente sobre la calidad de vida de los ciudadanos españoles, favoreciendo un entorno más hostil, vulnerable y desfavorable que puede estar incidiendo en el aumento del número de mujeres y hombres con trastornos depresivos en España.

### Hipótesis Secundarias:

- 1.1. Predomina el número de mujeres adultas con depresión.
- 1.2. Ha aumentado el número de hombres con este trastorno en los últimos años.
- 1.3. Hay comorbilidad con otros trastornos del estado de ánimo, como son la ansiedad y el estrés.
- 1.4. Las personas con depresión disponen de menor apoyo social.
- 1.5. El apoyo social incide en la manifestación de la depresión.
- 1.6. La situación de desempleo y pobreza, favorece la aparición y/o reincidencia de un trastorno depresivo.
- 1.7. La depresión es un tipo de discapacidad, porque incapacita al individuo que la padece, dificultando la realización de las actividades básicas de la vida diaria y la interacción con otras personas.

### **Diseño del estudio**

Esta fase se ha realizado desde el mes de febrero hasta finales del mes de marzo.

Para recopilar información sobre el trastorno depresivo, se han realizado una serie de búsquedas sistemáticas en tres bases de datos.

Dichas bases son CSIC, *PsycInfo* y *Pubmed*.

- **CSIC** (ISOC), es una base de datos bibliográfica que contiene la producción científica publicada en España desde los años 70, en el ámbito de las Ciencias Sociales y Humanas. Recoge numerosos artículos de revistas científicas y también, actas de congresos, series, compilaciones, informes y monografías. El acceso a estos recursos es gratuito.
- ***PsycInfo***: Es la Base de datos de la *American Psychological Association* (APA) y cuenta con más de 3 millones de registros. Cubre literatura académica, práctica y de investigación sobre Psicología. La

información procede de más de 45 países y está en más de 30 idiomas. Contiene materiales seleccionados por expertos en diferentes disciplinas (medicina, trabajo social, legislación, criminología, ciencias sociales, comportamientos en las organizaciones, etc.). Los documentos proceden de revistas científicas, tesis, monografías, informes técnicos, revisiones, etc. Recoge información bibliográfica desde 1987 y es una fuente de información imprescindible tanto para investigadores como para profesionales y estudiantes de psicología y otras materias como el trabajo social.

- **PubMed:** Es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos de MEDLINE, de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. Abarca los campos de la medicina, oncología, enfermería, salud pública, ciencias preclínicas, etc.

Se ha centrado la búsqueda desde el año 2000 hasta la actualidad (2012) y se han cribado los documentos bajo el criterio de relevancia. Se han consultado y leído también artículos en inglés pero, puesto que hay abundantes documentos de investigaciones científicas realizadas en español sobre la depresión, se han analizado en su mayoría artículos en castellano.

Los criterios de búsqueda se han basado en los términos MeSH (*Medical Subject Headings*) siguientes:

- **Depresión.**
- **Apoyo social y depresión.**
- ***Depression and social impact*** (Depresión e impacto social).

En función de los artículos encontrados, se han leído los *abstract* o resúmenes de cada documento y, se han seleccionado aquéllos cuyo contenido resultaba relevante para conocer la enfermedad, evaluar las necesidades de estas personas y analizar las posibles repercusiones sociales.

Las revistas que se han consultado para obtener los documentos completos seleccionados, son las siguientes:

- Actas Españolas de Psiquiatría.
- Anales de Psicología.
- Apuntes de Psicología.
- Archivos en Medicina Familiar.
- *BMC Psychiatry*.
- *BMC Public Health*.
- Clínica y Salud.
- *European Psychiatry*.
- Gaceta Sanitaria.
- Interdisciplinaria.
- *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- *Journal of Affective Disorders*.
- Psicothema.
- Salud Pública de México.
- *Social Science & Medicine*.
- Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Revista Colombiana de Psiquiatría.
- Revista Española de Salud Pública.
- Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social.
- Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.
- Revista Electrónica de Psiquiatría.
- Revista Española de Geriatria Gerontológica.
- *The Primary Care Companion for CNS Disorders*.
- *Universitas Psychologica*.

También se ha accedido a diversos artículos de páginas web (Dialnet, Congreso de Valladolid 2010, etc.) y a dos manuales, *Aspectos preventivos en salud mental* y *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*.

## **Resultados**

Todo ello, ha contribuido a la realización del marco teórico de esta investigación que se mostrará en el apartado siguiente.

## **Subestudio<sub>2</sub>: Análisis de la realidad**

### **Objetivos**

#### Objetivo General:

1. Recoger información sobre las actividades que desarrolla la Asociación de Familiares y Enfermos con Depresión en Aragón (AFDA).
2. Detectar cuáles son las necesidades percibidas por la población con depresión y familiares y cuáles se cubren desde la Asociación.

#### Objetivos Específicos:

- 1.1. Analizar la finalidad de los servicios que se imparten.
- 1.2. Asistir a los grupos de autoayuda que imparte el psicólogo de la Asociación.
- 1.3. Observar las necesidades que manifiestan estas personas durante las sesiones.

### **Hipótesis**

#### Hipótesis General:

1. Los servicios que se prestan desde AFDA y las actividades que se desarrollan, cubren las necesidades sociales y psicológicas de los socios y usuarios.

#### Hipótesis Secundarias:

- 1.1. Los servicios públicos que se ofertan para las personas con depresión son escasos y los privados, suponen un elevado coste para el paciente.
- 1.2. Las mujeres participan más en estas actividades que los hombres.
- 1.3. Se realizan menos diagnósticos a los hombres que a mujeres.
- 1.4. Habrá menor participación de hombres en las actividades.

1.5. Las actividades se centran en aumentar las fortalezas de los participantes y en disminuir sus debilidades.

## **Diseño del estudio**

En este estudio distinguimos dos etapas que se han ejecutado paralelamente durante el mes de abril.

La primera está relacionada con la búsqueda de información sobre la Asociación AFDA. Para ello, se han recopilado datos procedentes de diversas fuentes: Entrevistas informales a profesionales, información pública, diversas páginas web relacionadas con la Asociación, observaciones, etc.

La segunda fase consiste en la realización de un estudio observacional, participativo y sistemático, desarrollado en un ambiente natural desde la propia Asociación.

Como unidad de análisis se ha acudido como observador al taller semanal de los grupos de autoayuda, impartidos los jueves en la Asociación AFDA.

## **Resultados**

Se ha obtenido información tras haber realizado dos encuentros con los profesionales de AFDA, trabajador social y psicólogo.

Ambos han sido entrevistados inicialmente de manera informal y posteriormente, mediante una entrevista semi-estructurada.

A partir de las entrevistas y de cada uno de los documentos consultados y analizados, se ha elaborado el apartado de desarrollo de la investigación.

### **Subestudio<sub>3</sub>: Evaluación de necesidades**

#### **Objetivos**

##### Objetivo General:

1. Determinar cuáles son las necesidades de las personas con depresión en Aragón.
2. Analizar las repercusiones sociales y familiares.

##### Objetivos Específicos:

- 1.1. Analizar qué tipo de demandas y recursos solicitan y necesitan estas personas.
- 1.2. Prestar atención a cómo influye el contexto en el que están inmersos, en su calidad de vida y en su recuperación.
- 1.3. Conocer qué necesidades se cubren desde AFDA
- 2.1. Observar cuál es su percepción del apoyo social y su grado de integración en sociedad.
- 2.2. Analizar cómo repercute el trastorno en los grupos primarios de los afectados por depresión.
- 2.3. Comprobar si inciden drásticamente en la depresión los factores económicos y la ausencia de empleo.

#### **Hipótesis**

##### Hipótesis General:

Las necesidades de las personas con depresión son las mismas independientemente del momento vital en el que se encuentren los individuos (niñez, adolescencia, edad adulta, adultez mayor).

### Hipótesis Secundarias:

- 1.1. Les cuesta mucho relacionarse socialmente y manifiestan una clara falta de autoestima, que condiciona su interacción y nivel de actividad.
- 1.2. La crisis económica dificulta que se cubran las necesidades de estas personas desde el ámbito público y desde la propia Asociación porque disminuye la financiación para la prestación de servicios.
- 1.3. Influye el género y la edad en la manifestación de la depresión.
- 1.4. El apoyo social amortigua el impacto emocional de la depresión.
- 1.5. La ausencia de empleo y las dificultades económicas inciden y favorece la aparición de la depresión.

### **Diseño del estudio**

Se han valorado diferentes técnicas de investigación social y se ha decidido finalmente, realizar entrevistas semi-estructuradas a los usuarios.

Se han realizado las entrevistas durante la última semana de abril y las dos primeras de mayo.

No ha sido posible realizar grupos de discusión por cuestión de tiempo del investigador y por imposibilidad horaria de los miembros de la Asociación. Por tanto, se ha descartado esta posibilidad.

### **Resultados**

El análisis cualitativo se ha realizado siguiendo el objetivo del estudio, evaluar las necesidades de las personas con depresión miembros de AFDA y realizar el correspondiente análisis de las repercusiones sociales y familiares.



Para ello, se han establecido una serie de nodos de análisis a partir de los cuales se ha analizado la información transcrita obtenida en cada entrevista realizada a usuarios y profesionales.

- |                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| - Aislamiento.                 | - Prevalencia, Género y edad. |
| - Ámbito laboral.              | - Prevención.                 |
| - Asociación y tercer sector.  | - Recursos sociales.          |
| - Diagnóstico.                 | - Relaciones sociales.        |
| - Dificultades de interacción. | - Repercusiones sociales.     |
| - Familia y amigos.            | - Sensibilización social.     |
| - Formación.                   | - Servicios existentes.       |
| - Integración.                 | - Situación de crisis         |
| - Normalización.               | - Suicidio.                   |
| - Participación social.        | - Tratamientos combinados     |

El resultado de este subestudio consta en el apartado de desarrollo de la investigación también.

#### **Subestudio<sub>4</sub>: Diseño de un proyecto de intervención social**

##### **Objetivos**

###### Objetivo General:

1. Diseñar un proyecto de intervención social a partir de la información recopilada en los subestudios anteriores.

###### Objetivos Específicos:

1.1. Cubrir alguna de las necesidades contempladas durante la realización de la investigación social.

## **Hipótesis**

### Hipótesis General:

1. Es necesario concienciar a la población de que la depresión es un trastorno mental que puede afectar a cualquier ciudadano y por ello, se considera imprescindible aumentar la sensibilización social y favorecer un mayor conocimiento sobre el trastorno en la población aragonesa diseñando un proyecto de intervención que cubra esa necesidad percibida.

### Hipótesis Secundarias:

- 1.1. Todavía no recibe este trastorno el reconocimiento social que merece.
- 1.2. Los recursos públicos existentes son escasos e insuficientes.
- 1.3. Se debe dar a conocer los recursos que se ofrecen desde el Tercer sector.
- 1.4. Sería favorable para AFDA que aumentase su financiación externa y para ello, es necesario difundir los servicios que ellos ofrecen desde la Asociación e informar de la posibilidad de ser voluntarios y socios.

## **Diseño del estudio**

Se ha procedido al diseño de este estudio durante la semana previa a la entrega del proyecto. Es una intervención sencilla y fácil de poner en práctica. El coste para llevarla a cabo es mínimo.

## **Resultados**

El diseño de este proyecto se ha realizado a partir de la información obtenida a lo largo de estos meses de investigación y el resultado final se muestra después de las conclusiones en el apartado de la investigación social.

## **MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL**

### **2.1. TRASTORNO DEPRESIVO**

#### **2.1.1. ¿Qué es?**

Boschetti- Fentanes (2004) define la depresión como una enfermedad orgánica que tiene múltiples manifestaciones neurovegetativas, psicológicas y sociales. Produce alteraciones en la concentración, en la atención, en la capacidad de memoria y en el estado de ánimo y dificulta las relaciones interpersonales y la adaptabilidad al medio laboral, familiar y social.

Según Carrobles (2011) "la depresión se caracteriza por un estado de ánimo afectado de una gran tristeza o desinterés por casi todo lo que rodea al sujeto, junto a un marcado descenso de la actividad física y psicofisiológica de la persona que la padece, que se manifiesta a través de la falta de motivación, apetito y libido, por insomnio y en los casos más graves, por la pérdida de las ganas de vivir y el suicidio" (p.311).

Este autor menciona que "la ayuda terapéutica que requieren estas personas suele estar centrada en la recuperación o el reequilibrio del estado de ánimo a través de los recursos farmacológicos y psicológicos apropiados, junto a la modificación de los patrones inadecuados de pensamiento (...), hasta que logren recuperar el deseo de vivir y normalizar su nivel de actividad, de bienestar y de satisfacción" (p.311).

Aunque las causas de la depresión no se conocen con certeza, dicho trastorno está asociado a diferentes factores (Gaviria, 2009) que pueden intervenir en su génesis: factores genéticos, determinadas vivencias en la infancia, adversidades psicosociales actuales, dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico, disfunciones cognitivas....

Aunque normalmente se considera que tanto los factores biológicos como los sociales y los psicológicos, interaccionan y juegan un papel importante en el desarrollo de dicho trastorno y en su manifestación y afectación.

### 2.1.2. Síntomas

Como se ha mencionado, la depresión clínica se caracteriza por un estado de ánimo dominado por la tristeza y la desgana en el que el individuo se siente desesperanzado, desanimado, apesadumbrado, incapaz de disfrutar de las cosas que le rodean. Sin embargo, el estado de tristeza no es siempre el estado predominante; la irritabilidad, el aburrimiento o la incapacidad para reaccionar afectivamente, pueden manifestarse en el individuo de manera dominante (Ayuso, 1997).

Para diferenciar si ese trata de una patología o de una situación común, se debe tener en cuenta la persistencia clínica de esos síntomas y la gravedad de los mismos (Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2006). En esta Guía de Práctica Clínica, se especifica que la depresión es una agrupación de síntomas.

Los síntomas predominantes son los de carácter afectivo: tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, impotencia frente a exigencias de la vida, etc. Pero también, en mayor o menor grado y dependiendo de cada individuo, se manifiestan síntomas de carácter cognitivo, volitivo o incluso somático.

El paciente deprimido puede presentar síntomas muy diversos, aunque los más predominantes son los siguientes:

Tabla 2. Síntomas de la depresión

<b>Agravación matutina</b>	<b>Falta de interés.</b>
<b>Conducta suicida.</b>	<b>Insomnio tardío.</b>
<b>Culpabilidad.</b>	<b>Percepción de pérdida.</b>
<b>Desesperanza</b>	<b>Retardo psicomotor.</b>

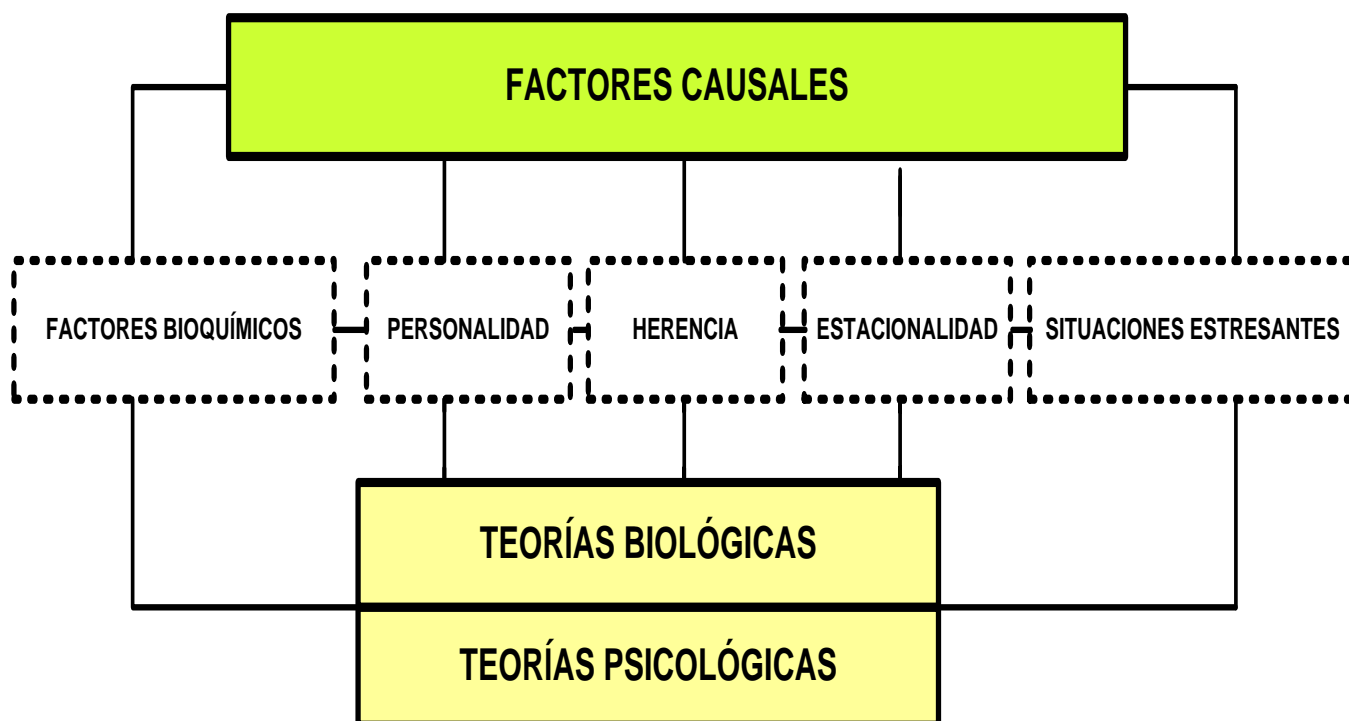
Además, pueden surgir también síntomas más propios de los trastornos de ansiedad como son:

Tabla 3. Síntomas de la ansiedad

<b>Irritabilidad</b>
<b>Alteraciones del apetito</b>
<b>Alteraciones del sueño</b>
<b>Fatiga o falta de energía</b>
<b>Dificultad para concentrarse</b>
<b>Quejas cardiopulmonares y gastrointestinales específicas</b>

## 2.2. ETIOLOGÍA Y MODELOS EXPLICATIVOS.

Figura 1. Factores causales de la depresión (Caballo, Carrobbles y Salazar, 2011)



### **2.2.1. Etiología**

No existe una sola causa para la depresión porque puede estar originada por uno o varios factores.

El punto de partida para determinar la etiología de la depresión, debe surgir de la reflexión de si su origen es de carácter interno o externo al individuo. Es decir, si sus causas son endógenas o exógenas a él (Caballo, Carroble y Salazar, 2011).

Los factores que intentan explicar esta predisposición hacia la depresión son la herencia, los factores bioquímicos, las situaciones estresantes, la estacionalidad y la personalidad (Rodríguez Espínola, 2010):

**HERENCIA**: Hay un mayor riesgo de padecer una depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad; se puede haber heredado una predisposición biológica hacia la depresión.

**FACTORES BIOQUÍMICOS**: Es muy importante el papel que juega la bioquímica del cerebro en los trastornos depresivos; las personas con depresión grave tienen desequilibrios en los neurotransmisores del cerebro.

**SITUACIONES ESTRESANTES**: Los fallecimientos de las personas queridas, las enfermedades crónicas, los problemas interpersonales, las dificultades financieras, el estrés crónico, etc., que se sostienen a lo largo del tiempo pueden desencadenar un trastorno depresivo.

**ESTACIONALIDAD**: Hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno. La reducción de cantidad de horas de luz puede afectar al desequilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas depresivos.

**PERSONALIDAD**: Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida, con tendencia a una preocupación excesiva, etc., son más propensas a padecer

depresión. Estos atributos dificultan la capacidad para responder a las circunstancias estresantes y para enfrentarse a ellas de manera positiva.

### **2.2.2. Modelos explicativos**

Dos son los enfoques descritos por Carroble (Manual de psicopatología y trastornos psicopatológicos, 2011) sobre los que vamos a abordar este apartado.

El primer enfoque está relacionado con el punto de vista médico. Es decir, apoyará sus teorías en factores de tipo genético, bioquímico o en otras patologías médicas. Se hablará de las **Teorías biológicas**.

El segundo enfoque será más contextualista y estará relacionado con la naturaleza de determinados sucesos experimentados por el individuo; también contemplará el afrontamiento de estas experiencias. Se hablará de las **Teorías psicológicas**.

## **TEORIAS BIOLÓGICAS**

Dentro de las Teorías biológicas, se distinguen las que están relacionadas con la genética, las que están relacionadas con el sistema endocrino y las del sistema nervioso.

**Teorías genéticas de la depresión**: Plantean la posibilidad de heredar los trastornos del estado de ánimo.

Los principales estudios se basan en probabilidades de correlación entre fenómenos pero, apenas indican aspectos sobre las causas que subyacen los fenómenos que analizan.

**Teorías endocrinas**: Se hace referencia por un lado al “eje adrenal” y por otro, al “eje tiroideo”.

Desde el modelo del eje adrenal, concretamente denominado “**eje hipotálamo-hipófiso- adrenal**”, se especifica que la secreción de determinadas hormonas de manera continuada (corticoides) está asociada a los trastornos depresivos, especialmente a los de tipo melancólico.

Hay que mencionar que influyen en la liberación de este tipo de hormonas, los factores psicológicos; ante una situación estresante o percibida como tal, se incrementa la secreción de las hormonas corticoides.

Desde el modelo del eje tiroideo, concretamente denominado “**eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo**”, se especifica que los pacientes afectados por hipotiroidismo e hipertiroidismo tienen estados depresivos claramente asociados. También, que la regulación de las hormonas tiroideas ayuda al tratamiento de los síntomas depresivos y maníacos.

**Teorías de la neurotransmisión**: Supone alteraciones en la producción o en el funcionamiento de los diferentes neurotransmisores cerebrales.

Los neurotransmisores implicados en los trastornos depresivos, son las catecolaminas y las indolaminas. Se han definido a partir de estos neurotransmisores dos hipótesis que son la catecolaminérgica y la serotoninérgica.

La **hipótesis catecolaminérgica** plantea que los niveles alterados, normalmente disminuidos, o los déficits funcionales en la actividad de los neurotransmisores catecolaminérgicos (dopamina y noradrenalina), están asociados a los estados depresivos.

De la misma manera, la **hipótesis serotoninérgica** señala también déficit en los niveles de la indolamina y serotonina, aunque desempeñando el papel de incrementar la vulnerabilidad o la predisposición a padecer depresión.

Por lo tanto, podemos distinguir cuatro tipos de depresión atendiendo al déficit bioquímico de cada neurotransmisor: depresión noradrenérgica, serotoninérgica, dopaminérgica y de naturaleza no biológica (psicológica).



En relación a estos factores bioquímicos, mencionar que no son generados de manera autónoma por el organismo, sino que derivan de determinados aminoácidos esenciales (fenilalamina en el caso de las catecolaminas y triptófano en el de la serotonina) que deben ser ingeridos por dieta. Por este motivo, es muy importante alimentarse adecuadamente y realizar ejercicio físico para prevenir y evitar la depresión.

## TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Desde el espectro **psicodinámico**, se postula la existencia de dos tipos diferentes de depresión a partir de la Teoría del Apego<sup>1</sup>.

Por un lado estaría la depresión “introyectiva”, caracterizada por un excesivo nivel de autocrítica y unos elevados objetivos de logro difíciles de alcanzar, que suelen desembocar en sentimientos de culpa, fracaso e inutilidad. Y por otro lado, la depresión “anaclítica” caracterizada por la excesiva dependencia a los demás.

Desde la **perspectiva conductual** se han propuesto un número considerable de teorías que parten de la propuesta inicial de Skinner (1953) y de Fester (1965 y 1973) y, que aluden a la extinción de la conducta por ausencia de reforzamiento de la misma. Al no recibir refuerzos positivos cuando se ejecuta una conducta o una actividad específica, disminuye la motivación y se deja de tener interés en realizar esa tarea, por lo que el sujeto suprime esa conducta al sentir que no le reporta nada. Por supuesto, influirá también el entorno en el que el sujeto depresivo se encuentre y cómo perciba éste el problema y responda ante él.

Como menciona Carrobbles (2011), “este modelo conductual clásico, ha sido recientemente reforzado con la aportación de los datos experimentales

---

<sup>1</sup> Para mayor información, se puede consultar la monografía de López Sánchez (2009) para una revisión más amplia y actualizada sobre la Teoría del Apego.

procedentes del Modelo de Activación Conductual, que se centra en el sujeto y en las respuestas que éste da a los sucesos acaecidos en su vida cuando está deprimido. Se tiene en cuenta que gran parte de su conducta funciona como evitación de muchos ámbitos de su vida; el individuo deprimido se aísla en casa, deja de realizar sus actividades habituales, rutinas cotidianas e interacciones con los demás.” (p.326).

**Teorías cognitivas:** Centran su atención prioritariamente en las manifestaciones o alteraciones cognitivas asociadas a la depresión. Asumen el postulado de que la ocurrencia de la depresión depende, del modo en que el sujeto depresivo percibe o interpreta los sucesos acaecidos en su vida.

Se diferencian distintas teorías o modelos explicativos cognitivos, pero se destaca el de Beck (1967, 1987) y el de Seligman (1975).

- ❖ **Beck (1967, 1987):** El elemento central son los errores o las distorsiones cognitivas que la persona comete al procesar la información de su entorno; especialmente después de haber experimentado sucesos negativos o estresantes.

Beck habla de “la tríada cognitiva”, aludiendo a la devaluación del propio individuo, a la consideración negativa del entorno que le rodea (mostrando desinterés o desmotivación hacia éste) y a la proyección hacia el futuro (negativa y desesperanzada); no contempla la posibilidad de que las cosas puedan mejorar con el paso del tiempo.

Esta forma de pensar es la que conduce al sujeto a la depresión.

- ❖ **Seligman (1975):** Define un modelo de depresión por indefensión o desesperanza, que se caracteriza porque los sujetos viven experiencias de las que no pueden escapar y que no pueden evitar.

No se tiene ningún control sobre estas situaciones, sucesos o experiencias, todas ellas negativas y eso, es lo que produce la depresión en el sujeto causándole malestar.

### **2.2.3. ¿Interpretación más adecuada?**

Los trastornos depresivos son fenómenos complejos y como tales, difícilmente explicables por medio de un solo factor etiológico. Por ello, es necesario que seamos conscientes de que se puede llegar a sufrir un estado depresivo a través de diferentes vías o a través de diferentes agentes causales.

Estos agentes pueden ser de tipo orgánico-biológico y/o de tipo reactivo-psicógeno.

Carrobles (2011) menciona que es realmente complicado encontrar casos puros de trastornos depresivos en la realidad práctica del trabajo clínico. Señala que normalmente los agentes que causan los trastornos depresivos son múltiples, complejos y de naturaleza orgánica, reactiva y psicológica. Además, pueden coincidir varios elementos a la vez, orgánicos y psicológicos.

#### **Factores orgánicos**

En el caso de los factores orgánicos, puede ser por predisposición genética, por alteración endocrina, por deficiencia o mal funcionamiento de algunos neurotransmisores, etc.

#### **Factores psicógenos y reactivos**

En el caso de los factores psicógenos o reactivos, puede ser por reacción desproporcionada o inadecuada ante un suceso vital estresante, por una inadaptación adecuada a un acontecimiento que bloquea e inhibe una actividad sin que se afronte el suceso negativo que ha tenido lugar; por interpretación errónea del valor del suceso o por las propias cualidades del sujeto para afrontarlo y resolverlo.

Es muy importante adoptar una visión multifactorial de las causas que podrían provocar el trastorno. Se debe prestar atención a la diversidad de agentes causales que podrían estar implicados.

Es conveniente también de cara al abordaje terapéutico para su tratamiento, adoptar una visión de enfrentamiento multifactorial y multiprofesional (Caballo, Carrobles y Salazar, 2011).

## **2.3. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN**

### **2.3.1. Prevalencia**

Según la OMS, la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas de los cuales, menos del 25 % tienen acceso a tratamientos efectivos (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Muñiz y Paino, 2011).

Este organismo advierte que una de cada cinco personas, desarrollará un cuadro depresivo en su vida. Incluso podría verse incrementado este número si concurre con otros factores tales como las enfermedades crónicas o las situaciones de estrés.

Además, se prevé que en el año 2020 la depresión sea la segunda causa más común de discapacidad en el mundo (Boschetti-Fentanes, 2004; Díaz de Neira, Ezquiaga, García y García, 2011; Borges, López-Moreno y Medina-Mora, 2004; Hernández-Juárez, Leyva-Jiménez, López- Gaona y Nava- Jiménez, 2007; Galicia, Robles y Sánchez, 2009), después de las enfermedades cardiovasculares.

José Antonio Carrobles (2011, p.311) menciona en el *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* que la depresión es en la actualidad la quinta causa de discapacidad en todo el mundo. Es un trastorno mental que afecta a una media del 10% de la población y además, como ya se ha mencionado anteriormente, las previsiones indican que ascenderá notablemente (año 2020) alcanzando el segundo lugar, en la Escala de la Discapacidad y la Baja Laboral (Tabla 4).

Tabla 4. Causas de discapacidad en el mundo en el año 2000 y previsión para el año 2020 (Murray y López, 1996).

CAUSAS DE DISCAPACIDAD 2000	CAUSAS DE DISCAPACIDAD 2020
1º Infecciones del tracto respiratorio inferior. 2º VIH/sida. 3º Patología perinatal. 4º Diarrea. <b>5º DEPRESIÓN MAYOR UNIPOLAR.</b> 6º Cardiopatía isquémica. 7º Enfermedad cerebro vascular. 8º Malaria. 9º Accidentes de tráfico. 10º EPOC.	1º Cardiopatía isquémica. <b>2º DEPRESIÓN MAYOR UNIPOLAR.</b> 3º Accidentes de tráfico. 4º Enfermedad cerebro-vascular. 5º EPOC. 6º Infección del tracto respiratorio inferior. 7º Tuberculosis. 8º Heridos de guerra. 9º Diarrea. 10º VIH/sida.

*Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos, 2011.*

Por lo tanto, la depresión constituye uno de los problemas de salud que más incapacita a los individuos y que mayor sufrimiento genera, tanto en las personas que padecen este trastorno como en las personas que les acompañan durante los episodios depresivos y las recaídas.

Además, las mujeres adultas son con diferencia el colectivo más afectado por este tipo de trastornos. La prevalencia de la depresión en mujeres, es del doble que la de hombres (Caballo, Carrobbles y Salazar, 2011).

Se puede consultar en el apartado de anexos (Anexo A) dos investigaciones europeas realizadas en relación a la epidemiología y al curso de los trastornos depresivos.

### **2.3.2. Incidencia**

La depresión constituye un problema social de primer orden (Caballo, Carroble y Salazar, 2011).

Provoca una alteración en la calidad de vida de la persona que la padece e influye directamente sobre su entorno más cercano, incidiendo tanto en el ámbito personal y familiar como en su entorno social y laboral (La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar, 2004).

Las personas con trastornos depresivos sufren un deterioro emocional, mental y social (Boschetti- Fontanes, 2004). Por ello, este trastorno supone un grave problema de salud pública, porque se manifiesta cada vez con mayor frecuencia en un gran número de personas.

Según la Guía de Práctica Clínica (2008, p.21), la alta prevalencia de la depresión, el coste que origina su tratamiento, su papel como uno de los principales factores de riesgo del suicidio y su gran repercusión en la interacción y en la productividad de las personas, hace que esta enfermedad se deba contemplar no sólo desde el sistema sanitario sino también a nivel social, abarcando otros ámbitos sobre los que también incide (Díaz de Neira, Ezquiaga, García y García, 2011).

Esta enfermedad, ocasiona una gran alteración en el bienestar personal y social de los individuos que la padecen pero también en sus grupos primarios, debido a la discapacidad que produce el trastorno depresivo y al gran impacto económico que supone su tratamiento (Díaz de Neira, Ezquiaga, García y García, 2011).

### **2.3.3. Sexo, edad y depresión**

A continuación, se analizará cómo afecta la depresión en función del sexo y de la edad de los individuos que la padecen.

## • **DEPRESIÓN Y MUJER**

Como hemos mencionado anteriormente, la depresión es uno de los problemas de salud mental más común y que se produce en las mujeres con mayor frecuencia que en los hombres.

### **¿Por qué se deprimen más?**

La mayor frecuencia de la depresión en las mujeres hace considerar al sexo femenino como un factor de riesgo clínicamente importante en la aparición del trastorno depresivo (Hernández-Juárez, Leyva-Jiménez, López- Gaona y Nava-Jiménez, 2007).

Probablemente, su mayor prevalencia se deba a una combinación de diferencias que están relacionadas con el género, el estilo cognitivo, ciertos factores biológicos y culturales y una alta incidencia del estrés psicosocial que afecta en mayor medida al sexo femenino (Boschetti-Fentanes, 2004). Según este autor (La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar, 2004) “es muy importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también, que ellas tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales. Lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en mujeres que en varones” (p. 61).

En las últimas décadas, se ha constatado que no difieren las tasas de problemas mentales en función del género. Sin embargo, sí influye el género en la frecuencia de algunos trastornos (Hernández-Juárez, Leyva-Jiménez, López-Gaona y Nava- Jiménez, 2007). Por ejemplo, las mujeres padecen más trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión y en cambio los hombres, presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (Guerrero, Matías y Matud, 2006).

A nivel social, se intentan analizar los procesos sociales, culturales, económicos y políticos que dan lugar a diferentes riesgos para la salud de hombres y mujeres (Guerrero, Matías y Matud, 2006). Una de las hipótesis que cuenta con mayor evidencia empírica (Relevancia de las variables socio-demográficas en las

diferencias de género en depresión, 2006), es la que plantea que la depresión de la mujer se debe a su discriminación social, legal y económica, causándole sentimientos de indefensión, dependencia a otros, bajas aspiraciones y baja autoestima.

Uno de los aspectos que se analizan a nivel social es que, a pesar de que se han producido cambios en la vida de las mujeres en las últimas tres o cuatro generaciones, no hay indicios claros que determinen que estén desapareciendo las diferencias de género relacionadas con la depresión. Sigue habiendo desigualdades en el salario, en el poder, en la autonomía, en el hogar y en el trabajo, en las responsabilidades familiares, en el cuidado formal e informal... Se ha mejorado notablemente la situación de la mujer pero todavía no han desaparecido completamente esas diferencias de género que repercuten en el bienestar personal y social de la mujer y favorecen la presencia de la depresión (Guerrero, Matías y Matud, 2006).

Los factores psicosociales inherentes al género aumentan la vulnerabilidad de las mujeres hacia la depresión y a su vez, producen cierto malestar que repercute directamente sobre su calidad de vida y que afecta a su entorno socio-familiar (Gaviria, 2004).

### **¿Influye que sean cuidadoras informales?**

La mujer en nuestra cultura (Boschetti- Fentanes, 2004), está instruida según modelos y patrones de feminidad, formas de ser que la condicionan a sentir y ser de una determinada manera y que la proveen de mecanismos psíquicos que la hacen más vulnerable al estrés. Además, cuidar no sólo implica el prestar un apoyo instrumental; el apoyo debe contemplar también el aspecto emocional y social (García-Calvente, Maroto-Navarro y Mateo- Rodríguez, 2004).

El hecho de que la atención informal que se presta sea mayoritariamente ejercida por las mujeres, pone de manifiesto las cargas diferenciales del cuidado entre hombres y mujeres (García-Calvente, Maroto-Navarro y Mateo- Rodríguez, 2004).



Está claro que cuidar a una persona enferma o dependiente, supone un coste adicional para el cuidador e incluso a veces, una sobrecarga de estrés. Si además se tiene en cuenta que hay un mayor número de mujeres cuidadoras informales que de hombres, es más probable que predomine la depresión en las mujeres por el simple hecho de que cuidan más.

Además, como se ha descrito en numerosas ocasiones, se observa una mayor frecuencia de éstos trastornos en la población femenina, con un riesgo de dos a tres veces superior. También se ha mencionado que los factores que influyen sobre la depresión en mujeres son de tipo genético (mayor frecuencia en parientes de primer grado), orgánico (enfermedades físicas o crónicas) y psicosocial (acontecimientos vitales estresantes, conflictos laborales, desempleo, disputas conyugales, separaciones, fallecimientos de seres queridos).

Mencionar que ellas tienen mayores tasas de pobreza: aquellas que pertenecen a clases trabajadoras experimentan más dificultades y sucesos vitales graves, ocupan puestos de trabajo de baja cualificación, tienen un menor nivel de estudios y esto, supone un factor de riesgo añadido para padecer problemas mentales como el trastorno depresivo (Guerrero, Matías y Matud, 2006).

Hay constancia de que las diferencias de género en depresión se intensifican en las personas adultas, con hijos, casadas o divorciadas, con bajo nivel de estudios y con empleos poco cualificados (Guerrero, Matías y Matud, 2006).

## • **HOMBRES Y DEPRESIÓN**

Los trastornos depresivos unipolares son, junto a los trastornos de la ansiedad, los diagnósticos psicopatológicos más habituales en la población en general, porque suponen una elevada prevalencia (Romero, Poves y Vucínovich, 2010).

Sin embargo, la depresión que sufren los hombres merece una especial atención porque presenta unas características que no pueden pasar desapercibidas.

Uno de los aspectos más alarmantes en los hombres con depresión es el alto nivel de suicidios que cometen, en comparación a los que efectúan las mujeres. El suicidio puede llegar a ser incluso cuatro veces más frecuente en los hombres que en las mujeres (Romero, Poves y Vucínovich, 2010). Según estos autores, esto puede explicarse debido a que a los hombres les resulta más difícil expresar sus sentimientos y emociones, evitan pedir ayuda y todo ello, deriva en una mayor tasa de suicidios consumados.

Además, tienden a abusar más de sustancias tóxicas (estupefacientes, alcohol, etc.) y en lugar de pedir ayuda directamente y verbalizar su malestar, intentan reducir su sufrimiento abusando de esas sustancias. En especial, se dice que consumen cuando deben afrontar sentimientos de irritabilidad, frustración o de tristeza (Grupo psicoterapéutico para hombres con trastornos depresivos graves y crónicos en una Unidad de Salud Mental Comunitaria, 2010).

El perfil sintomático de los hombres con depresión según Romero, Poves y Vucínovich (2010) es diferente al de las mujeres puesto que en ellos, predominan síntomas como la fatiga, el insomnio, la irritabilidad y la pérdida de interés en el trabajo o en el tiempo libre.

No hay que olvidar tampoco la influencia que tienen los factores culturales y sociales en los hombres. Estos autores (Romero, Poves y Vucínovich, 2010) consideran que socialmente se han visto forzados a mostrar una imagen de fortaleza. Por lo que al deprimirse, se interpreta como una muestra de debilidad e incapacidad de autocontrol que favorece que se canalicen los sentimientos de tristeza a través de conductas de hostilidad, como la reacción más aceptable desde la perspectiva del estereotipo masculino.

- **ADULTOS MAYORES**

La etapa de la adultez mayor supone muchos cambios para la persona mayor: pérdida de las capacidades personales, de su autonomía funcional, aumentan sus necesidades de asistencia de cuidados, etc. Estos cambios pueden variar en función del estilo de vida, del sistema social y del núcleo familiar que disponga cada persona mayor.

La disminución en la capacidad funcional, se afronta de manera más positiva cuando el adulto mayor cuenta con un entorno ambiental seguro, unos adecuados vínculos familiares, un ingreso económico estable y por supuesto, acceso a la atención sanitaria (Durán, Orbegoz, Uribe y Uribe, 2008).

Además, puede influir también en nivel de socialización que tenga el adulto mayor. Es cierto que tiende a disminuir la participación en los sistemas sociales a partir de esta etapa; a veces incluso se refuerza la marginación social del adulto mayor. Por este motivo el proceso de socialización a estas edades, se ve afectado por la disminución del contacto con familiares y amigos, lo que está directamente relacionado con las limitaciones que aparecen en su capacidad física, orgánica y funcional, consecuencia directa del deterioro en la salud y del envejecimiento.

El aislamiento trae consigo la pérdida de oportunidades para obtener gratificaciones y refuerzos, que son propios de la interacción social.

Durante la adultez mayor, hay una mayor probabilidad de que aparezcan problemáticas psicopatológicas que deriven en la depresión (Durán, Orbegoz, Uribe y Uribe, 2008). Según estos autores, la interacción con otros no sólo en esta etapa sino a lo largo de toda la vida, se convierte en un factor que protege frente a la aparición de nuevas patologías. La interacción aumenta la capacidad cognitiva, favorece que tengan mejores habilidades sociales y de afrontamiento, modula el afecto, aumenta la calidad de vida y la autonomía personal de estos mayores.

La interacción con otras personas favorece que aumenta el nivel de movilidad, de independencia y la mejora del autoconcepto del adulto mayor (Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores, 2008).

## • **NIÑOS, ADOLESCENTES Y DEPRESIÓN**

Según Rodríguez Espínola (2010) "la depresión a edades tempranas interfiere en el desarrollo de habilidades sociales, académicas e interpersonales,

afectando el ajuste del niño a su medio y promoviendo el deterioro de diferentes aspectos de su vida" (p. 263).

Las mayores tasas de depresión en la edad adulta, se asocian con la depresión en la infancia y en la adolescencia.

## **NIÑOS.**

Al igual que ocurre con la depresión en los adultos, la depresión infantil y adolescente es uno de los mayores problemas de salud mental en nuestra sociedad. Por ello, se intenta actualmente detectar y tratar precozmente en niños y adolescentes, los síntomas depresivos porque son un fenómeno bastante común también a estas edades (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Muñiz y Painos, 2011).

Parecen fluctuar los síntomas depresivos en función del género y la edad. En relación con el género, la tasa de niños y niñas con depresión es aproximadamente la misma proporción. Sin embargo, a partir de la niñez, la ratio pasa a ser 2:1 con una mayor incidencia en el sexo femenino.

## **ADOLESCENTES.**

La presencia de la depresión en la adolescencia está asociada a problemáticas en múltiples ámbitos de la vida del individuo (Galicia, Robles y Sánchez, 2009). Se estudian los desencadenantes familiares, la adaptación escolar y social, los cambios físicos y psicológicos propios de esta etapa asociados a la definición de la propia identidad, etc.

También se está prestando atención desde las propias aulas, a los múltiples síntomas depresivos que pueden manifestar los alumnos como son la falta de concentración, la pérdida de interés, la falta de iniciativa, el retardo psicomotor, la baja autoestima o el aislamiento social (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Muñiz y Painos, 2011).

Los adolescentes deprimidos son difícilmente identificados por los adultos, no buscan ayuda en sus padres y se resisten a consultar a un profesional. Estos adolescentes no acuden al médico por problemas emocionales sino por

manifestaciones somáticas. Como no identifican sus problemas emocionales estos adolescentes, no los pueden resolver de manera espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta (Hernández-Juárez, Leyva-Jiménez, López- Gaona y Nava- Jiménez, 2007).

Los esfuerzos se están dirigiendo actualmente, a explorar los factores más relevantes en la aparición de los síntomas depresivos en los adolescentes.

Los factores que causan la depresión en los adolescentes coinciden con los adultos: pueden ser **genéticos** (mayor riesgo de depresión en hijos de personas con trastornos afectivos), **biológicos** (descenso de la dopamina, noradrenalina, serotonina), **factores individuales** (labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración, falta de logros académicos, carácter autoritario o permisivo de los padres, ruptura de lazos familiares, riña continuada de los padres, rechazo de estos hacia el adolescente y falta de comunicación, etc.), **factores sociales** (familia, escuela, compañeros y desarrollo de las relaciones sociales) que pueden repercutir en el adolescente (Hernández-Juárez, Leyva-Jiménez, López-Gaona y Nava- Jiménez, 2007; Galicia, Robles y Sánchez, 2009).

Según Galicia, Robles y Sánchez (2009), la depresión en la adolescencia debe considerarse un problema que impacta en diferentes áreas del desarrollo. Esto conduce a contemplar diferentes estrategias de intervención para integrar tanto aspectos personales como familiares y, para solventar problemas emocionales del adolescente y las dificultades escolares que pueda tener en el ámbito educativo.

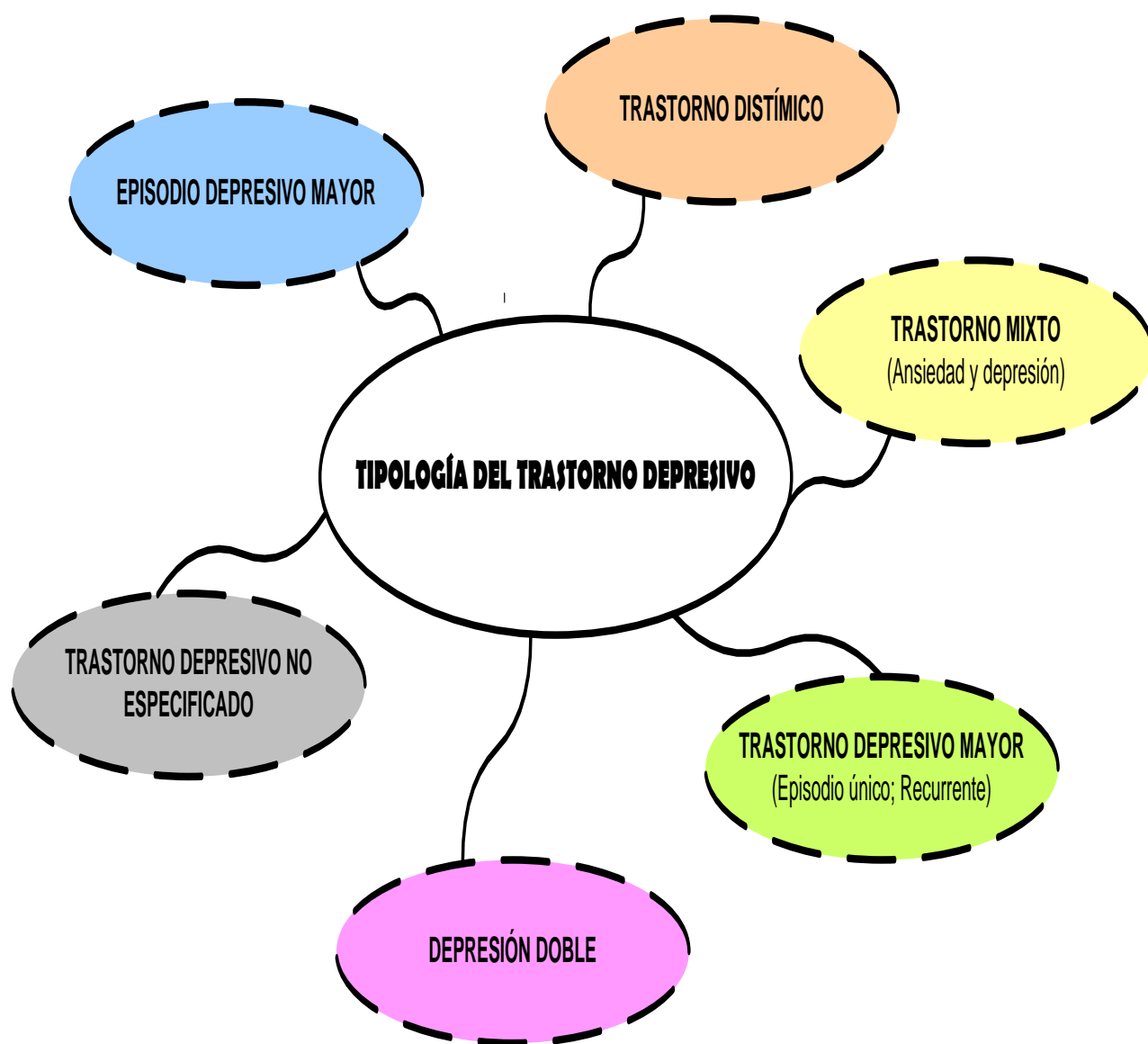
Estos autores señalan que la calidad positiva de las relaciones familiares potenciará un aprendizaje de habilidades sociales que se relacionará con mayores recursos de apoyo social y a su vez, con una mayor autoestima, tanto en el entorno social como en el ámbito escolar.

## 2.4. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Los trastornos depresivos que se describen en este apartado, corresponden a una categoría que se encuentra dentro de los Trastornos del Estado de Ánimo (Manual de psicopatología y trastornos psicológicos, 2011).

Dichos trastornos son: el episodio depresivo mayor, el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, la depresión doble, el trastorno mixto y el trastorno depresivo no especificado.

Figura 2. Tipología de los trastornos depresivos



### 2.4.1. Clasificación según la categoría diagnóstica

Se utilizan dos categorías diagnósticas, ambas vigentes, para definir los trastornos del estado de ánimo: el DSM-IV-TR y la Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

La diferencia entre la clasificación que ofrece el DSM-IV-TR y la que ofrece el CIE-10, se limita básicamente a cuestiones terminológicas.

Se mostrarán estas pequeñas diferencias de manera gráfica, en la siguiente tabla:

Tabla 5. Los trastornos depresivos del estado de ánimo según los sistemas diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992, 2000)

TRASTORNOS DEPRESIVOS	
DSM-IV-TR	CIE-10
<ul style="list-style-type: none"><li>- Trastorno depresivo mayor (<b>episodio único</b>).</li><li>- Trastorno depresivo mayor (<b>recurrente</b>).</li><li>- Trastorno <b>distímico</b>.</li><li>- Trastorno depresivo <b>no especificado</b>.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Episodio depresivo.</li><li>- Trastorno depresivo recurrente.</li><li>- Distimia: trastorno del humor persistente.</li><li>- Trastorno depresivo no especificado.</li></ul>

La clasificación que más se acepta en la actualidad, en relación a los trastornos mentales, es la del DSM- IV-TR. Se considera que los criterios diagnósticos sobre los que se sustenta, son más empíricos y están más operativizados.

Además, postula los mismos criterios diagnósticos de depresión tanto para niños, adolescentes y adultos. Pero considerando que las manifestaciones de los

síntomas del trastorno depresivo pueden variar con la edad (Rodríguez Espínola, 2010).

Por esta razón, se centrará la descripción diagnóstica de los trastornos depresivos, en base al sistema de clasificación **DSM-IV-TR**.

#### **2.4.2. Tipología de los trastornos depresivos**

Según Carrobles (2011) “uno de los aspectos que dificultan el diagnóstico de los trastornos depresivos es su aparente similitud y su frecuente confusión con otros estados y características mentales, que no tienen por qué ser necesariamente patológicos” (p.312).

Desde la clasificación diagnóstica del **DSM-IV-TR**, se considera que existen dos tipos básicos de trastornos depresivos:

Tabla 6. Tipos básicos de trastornos depresivos

<b>TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.</b>
<b>TRASTORNO DISTÍMICO.</b>
<b>Trastorno depresivo no especificado.</b>

Como se aprecia, también se incluye otra categoría adicional que se denomina “trastorno depresivo no especificado”.

Bajo esta última categoría, se encuentran aquellos casos clínicos afectados por síntomas depresivos pero, que no cumplen por completo el cuadro de síntomas ni del trastorno distímico ni del depresivo mayor.

A continuación, se describirán los trastornos depresivos existentes según la categoría diagnóstica mencionada.



## EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

La característica principal del episodio depresivo mayor radica en que existe un periodo de por lo menos dos semanas consecutivas, en el que el individuo manifiesta un estado de ánimo deprimido, una pérdida o una reducción del interés o del placer hacia casi todas las actividades de su vida.

Es un estado de ánimo que se relaciona más, en adultos con la tristeza y en niños y adolescentes, con la irritabilidad.

Para determinar si se trata de un episodio depresivo mayor, se debe cumplir al menos el criterio A1 o el A2 (mostrados en la Tabla 7). Pero también deben manifestarse otros cuatro síntomas más necesariamente.

Tabla 7. Criterios diagnósticos para el Episodio depresivo mayor, según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

CRITERIO A.
<p>Presencia de cinco o más síntomas durante al menos dos semanas. Aparente cambio respecto a la actividad previa del sujeto.</p> <p><b><u>Incluye necesariamente uno de los síntomas siguientes:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo deprimido.</li> <li>2. Pérdida o disminución generalizada del interés o del placer para cualquier actividad.</li> </ol>
Síntomas criterio A (necesidad de al menos cuatro síntomas más)
<b>A.1.</b> Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi cada día, en adultos. Estado de irritabilidad, en niños.
<b>A.2.</b> Disminución acusada del interés o del placer en las actividades.
A.3. Pérdida o aumento significativo del peso corporal (más de un 5% en el periodo de un mes) o del apetito sin seguir ningún régimen para ello.
A.4. Insomnio o hipersomnia casi cada día, la mayor parte del día.
A.5. Agitación o enlentecimiento psicomotor cotidiano y continuado.

A.6. Fatiga o pérdida de energía persistente, mostrada cotidianamente.
A.7. Sentimientos cotidianos de inutilidad o culpa, excesivos o inapropiados.
A.8. Disminución persistente de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
A.9. Pensamientos e ideas recurrentes de muerte o de suicidio.
<b>CRITERIO B.</b>
Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
<b>CRITERIO C.</b>
Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
<b>CRITERIO D.</b>
Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Ej.: droga), un medicamento o una enfermedad médica.
<b>CRITERIO E.</b>
Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo y los síntomas persisten durante más de dos meses, o menos tiempo si los síntomas se caracterizan por una acusada incapacidad funcional del sujeto, con preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

\*\*\*

## **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (episodio único)**

Este trastorno se caracteriza por la presencia, por primera vez en la vida del sujeto, de un episodio depresivo mayor.

Además, se dan paralelamente una serie de características o especificadores adicionales que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 8. Criterios para el diagnóstico de un Trastorno depresivo mayor, episodio único, según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

<b>CRITERIO A.</b>
Presencia de un único episodio depresivo mayor.
<b>CRITERIO B.</b>
El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizo-afectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
<b>CRITERIO C.</b>
Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.
<u>Nota:</u> Esta exclusión no es aplicable si todos estos episodios son inducidos por sustancias, por tratamientos o, si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
<b>El nivel de gravedad del trastorno puede ser:</b> LEVE, MODERADO, GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS, GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS.
Se debe especificar si el trastorno está asociado a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas <b>catatónicos</b>.</li> <li>- Síntomas <b>melancólicos</b>.</li> <li>- Síntomas <b>atípicos</b>.</li> <li>- El inicio en el <b>posparto</b>.</li> </ul>
<b>Especificar también si el trastorno se encuentra en la actualidad:</b> En REMISIÓN PARCIAL, TOTAL o ESTADO CRÓNICO.

\*\*\*

## **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (recurrente)**

La característica que lo diferencia del trastorno depresivo mayor definido como episodio único, es la manifestación de al menos dos episodios depresivos mayores a lo largo de la historia clínica del sujeto.

El DSM-IV-TR plantea la exigencia de que entre estos episodios, debe haber transcurrido un intervalo temporal mínimo de dos meses.

El sujeto no debe manifestar durante este periodo, ninguno de los síntomas depresivos descritos anteriormente. Por tanto, debe observarse una remisión total de los síntomas e incumplirse los criterios completos de un episodio depresivo mayor en remisión, entre dos episodios.

A excepción de la repetición del episodio depresivo, el resto de las características de este tipo de depresión coinciden con las del Trastorno depresivo mayor (episodio único en Tabla 8).

Sin embargo, en esta categoría del trastorno, se añaden dos especificaciones adicionales: si hay o no recuperación inter-episódica; influencia del patrón estacional.

\*\*\*

## **TRASTORNO DISTÍMICO**

Según el DSM-IV-TR, este trastorno se define como un patrón crónico de alteración del comportamiento que se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente, que se experimenta de forma continuada durante la mayoría de los días, durante todo el día.

Su duración mínima es de dos años y puede aparecer junto a otros síntomas, que se describen en la tabla siguiente:

Tabla 9. Criterios para el diagnóstico del Trastorno distímico, según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

<b>CRITERIO A</b>
Estado de ánimo crónicamente depresivo, la mayor parte del día y la mayoría de los días. Manifestado por el sujeto u observado por los demás durante al menos dos años; un año en niños y adolescentes.
<b>CRITERIO B</b>
<p>Presencia mientras está deprimido, de dos (o más) de los síntomas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida o aumento del apetito.</li> <li>- Insomnio o hipersomnia.</li> <li>- Falta de energía o fatiga.</li> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.</li> <li>- Sentimientos de desesperanza.</li> </ul>
<b>CRITERIO C</b>
Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes), el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
<b>CRITERIO D</b>
<p>No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración (un año para niños y adolescentes).</p> <p><u>Nota<sub>1</sub></u>: Antes de la aparición del episodio distímico, pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún síntoma durante dos meses).</p> <p><u>Nota<sub>2</sub></u>: Durante los primeros dos años, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos; cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.</p>

### **CRITERIO E**

Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

### **CRITERIO F**

La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico (esquizofrenia o trastorno delirante).

### **CRITERIO G**

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad médica.

### **CRITERIO H**

Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **Especificar si:**

INICIO TEMPRANO: Si el inicio es antes de los 21 años.

INICIO TARDÍO: Si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los dos últimos años del trastorno distímico) SI:  
**HAY SÍNTOMAS ATÍPICOS.**

\*\*\*

## TRASTORNO MIXTO (Ansiedad y Depresión)

Tanto en el DSM-IV-TR como en el CIE-10, se sugería la posibilidad de diagnosticar un trastorno conjunto que incluyese síntomas de ansiedad y de depresión.

El **DSM-5** (está siendo diseñado), reitera la propuesta de ambos sistemas de clasificación anteriores, pero también sugiere unos criterios específicos y algunas características para hacer más preciso el diagnóstico de este trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Entre estos criterios específicos, se incluyen tres o cuatro síntomas que son propios del episodio depresivo mayor y también, los que mencionábamos en la Tabla 7 (estado de ánimo deprimido y/o pérdida generalizada de placer).

Además, se añaden otros como la sensación de malestar ansioso, acompañada de preocupación irracional, dificultades para relajarse, tensión motora o aprensión y miedo a la ocurrencia de algo desagradable.

Los síntomas de ambos trastornos, ansiedad y depresión, deben producirse de forma conjunta y simultánea. La duración es de al menos dos semanas y los síntomas, no deben encajar en el diagnóstico de otro trastorno de ansiedad o depresión.

La coexistencia de ambos tipos de trastornos en pacientes con depresión mayor, parece constituir un indicador de gravedad de la psicopatología.

Los pacientes con comorbilidad de ansiedad y depresión (Ayuso, 1997) se caracterizan porque:

Tabla 10. Depresión mayor y comorbilidad ansiedad-depresión

<b>1</b>	<b>Presentan mayor gravedad</b>
<b>2</b>	<b>Tienen un nivel más alto de sufrimiento</b>
<b>3</b>	<b>Ofrecen mayor tendencia a la cronicidad</b>
<b>4</b>	<b>Muestran peor respuesta al tratamiento</b>
<b>5</b>	<b>Exhiben mayor deterioro psicosocial</b>
<b>6</b>	<b>Tienen mayor riesgo suicida</b>

\*\*\*

## **TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO**

Indica la presencia de diversos síntomas depresivos en un mismo sujeto pero sin embargo, estos síntomas no llegan a cumplir los criterios específicos mencionados anteriormente para ninguno de los trastornos depresivos descritos (trastorno depresivo mayor -único o recurrente-, trastorno distímico, trastorno mixto de ansiedad y depresión).

Ejemplos de trastornos depresivos no especificados son: Trastorno disfórico premenstrual, Trastorno depresivo menor, Trastorno depresivo breve recurrente, Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia, etc.

\*\*\*

## **DEPRESIÓN DOBLE**

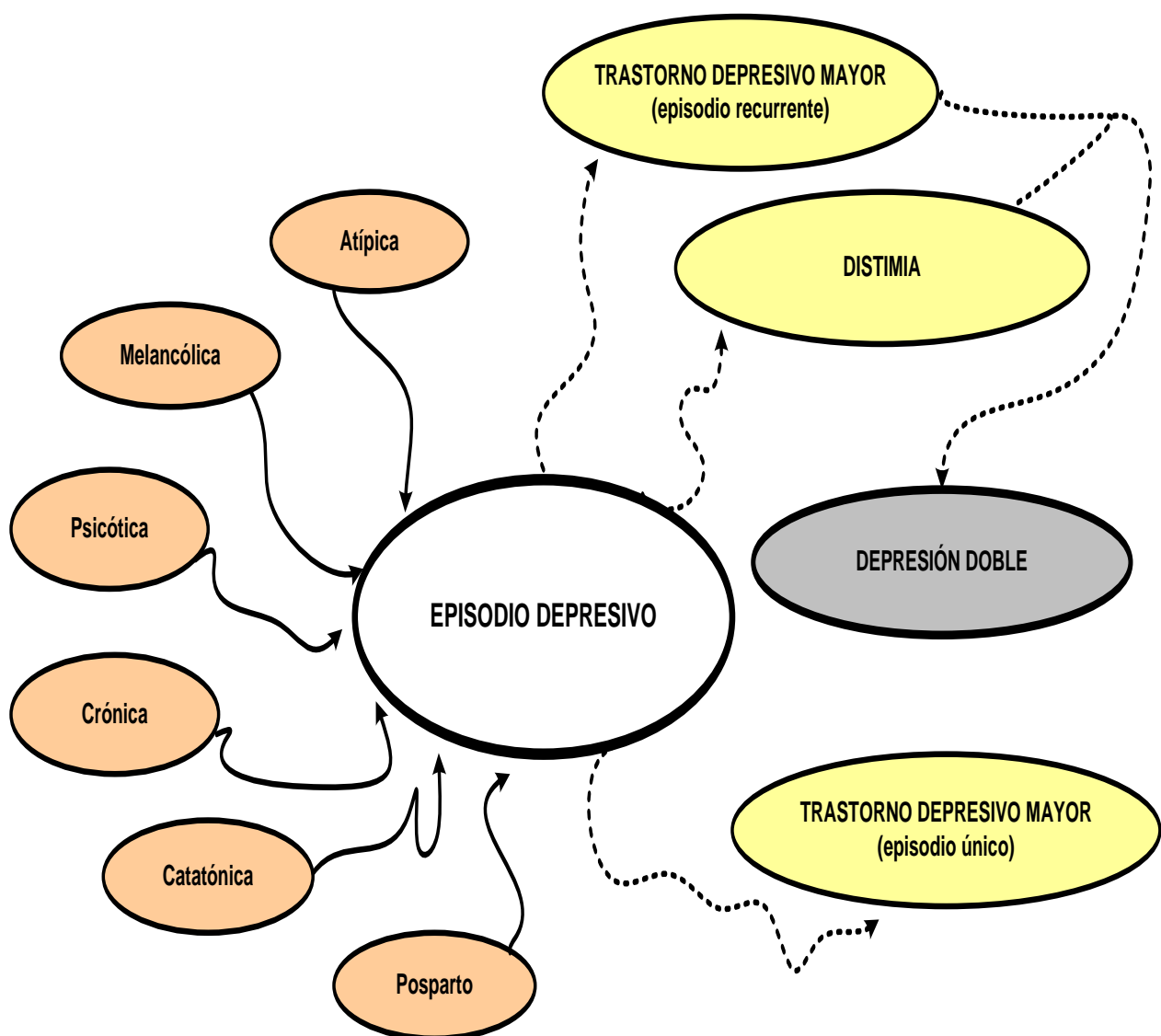
No se trata de una categoría diagnóstica que incluye el DSM-IV-TR, pero cada vez se utiliza con más frecuencia en la práctica clínica.



Se realizan diagnósticos informales de depresión doble, cuando se manifiestan en los pacientes cuadros clínicos de un trastorno distímico y de un trastorno depresivo mayor.

Para Carrobles (Caballo, Carrobles y Salazar, 2011) “este hipotético trastorno de Depresión doble está empezando a cobrar una considerable importancia en la actualidad y suscitando un buen número de investigaciones clínicas, motivadas por la relativamente elevada frecuencia de casi un 25 por 100 de los pacientes afectados por un trastorno depresivo mayor” (p.319).

Figura 3. Especificaciones y trastornos depresivos



## **2.5. TRATAMIENTOS**

Según Carrobles (2011), "no cabe esperar que un problema tan complejo como la depresión pueda ser resuelto de un modo sencillo a través de la aplicación de un único recurso terapéutico. Y este, es ciertamente el panorama que nos encontramos al abordar el tratamiento de los problemas depresivos, para los que se ofrecen tantas alternativas terapéuticas como modelos teóricos propuestos para explicarlos etiológicamente" (p.330).

Desde el punto de vista médico, se pueden ofrecer varias alternativas farmacológicas. El fármaco que le sea proporcionado al paciente, dependerá del juicio clínico del terapeuta.

Dichos fármacos antidepresivos, pueden clasificarse en dos generaciones: los de primera generación y los de segunda generación (Caballo, Carroble y Salazar, 2011).

Los fármacos de primera clase o de primera generación, son los antidepresivos (ADP) tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) y los antidepresivos tetracíclicos. Los de segunda clase, son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (ISRNS), los inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina.

Los principales tratamientos alternativos a los fármacos que existen en la actualidad (Caballo, Carrobles y Salazar, 2011), se muestran a continuación en Tabla 11:

Tabla 11. Clasificación de los tratamientos eficaces para la Depresión

Tipo de tratamiento	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
<b>Programa de actividades agradables-activación conductual.</b>	•		
<b>Entrenamiento en habilidades sociales.</b>	•		
<b>Programa de afrontamiento de la depresión (Lewinsohn)</b>	•		
<b>Terapia de autocontrol de la depresión.</b>	•		
<b>Terapia de solución de problemas.</b>	•		
<b>Terapia conductual de pareja.</b>	•		
<b>Terapia cognitiva de la depresión de Beck.</b>	•		
<b>Terapia interpersonal.</b>	•		
<b>Farmacología.</b>	•		
<b>Psicoterapia psicodinámica.</b>			•
<b>Terapia sistémica.</b>			•

*Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos (2011, p.330).*

En esta tabla se muestran los principales tratamientos existentes hoy en día, en función del nivel de eficacia que ofrecen y según los estándares que se utilizan para clasificarlos. El tipo 1 hace referencia al tratamiento bien estandarizado; el tipo 2 al tratamiento probablemente establecido y el tipo 3, al tratamiento en fase experimental.

Carrobbles (2011) menciona que es necesario combinar las terapias médicas disponibles y los tratamientos psicológicos de tipo cognitivo-conductual incluyendo, según el caso, varias de las técnicas terapéuticas que figuran en la siguiente tabla:

Tabla 12. Proceso de tratamiento de la Depresión

<b>FACTORES AMBIENTALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enriquecimiento positivo del medio.</li> <li>• Incremento de la red y el apoyo social.</li> <li>• Reducir situaciones de castigo e indefensión.</li> </ul>
<b>ESTADO DE ÁNIMO DEPREMIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de supresión de dexametasona: terapias hormonales.</li> <li>• Posible empleo inicial de antidepresivos (tricíclicos, ISRS, IMAOs, TEC, etc.).</li> <li>• Relajación, respiración, risoterapia y otras técnicas de desactivación fisiológica.</li> <li>• Actividad física y deporte como antidepresivo.</li> <li>• Dieta alimentaria adecuada, no restrictiva.</li> </ul>
<b>PROGRAMA GRADUAL DE ACTIVIDADES AGRADABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de actividades placenteras (estado de ánimo/actividad).</li> <li>• Programa de activación conductual: actividades cotidianas y laborales.</li> <li>• Técnicas de exposición y prevención de respuestas de evitación.</li> </ul>
<b>COGNICIONES INADECUADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificación del estilo atribucional inadecuado.</li> <li>• Reestructuración cognitiva de Beck.</li> <li>• Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis.</li> <li>• Eliminar rumiaciones y estilo rumiativo.</li> </ul>
<b>HABILIDADES SOCIAL Y AFRONTAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades sociales.</li> <li>• Habilidades cotidianas.</li> <li>• Habilidades profesionales.</li> <li>• Estrategias de solución de problemas.</li> <li>• Estrategias de afrontamiento.</li> </ul>
<b>OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnio.</li> <li>• Problemas de pareja.</li> <li>• Trastornos alimentarios.</li> </ul>

*Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos (2011, p.332).*

Para que el tratamiento tenga éxito (Boschetti-Fentanes, 2004), el paciente y su familia deben participar activamente en el mismo y el profesional, debe establecer con ellos una relación de apoyo informándoles y ayudándoles a comprender la naturaleza del trastorno.

## **2.6. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN**

Se va a relacionar la evaluación de los trastornos depresivos con el contenido del trastorno, con sus causas y con las distintas técnicas e instrumentos disponibles para evaluar esta enfermedad (Caballo, Carroble y Salazar, 2011).

### **2.6.1. Evaluación del contenido**

Es necesario diferenciar entre el diagnóstico clínico específico del trastorno depresivo y la determinación de las posibles causas que lo originan.

Para realizar el diagnóstico clínico, se utilizan los manuales diagnósticos actualmente existentes y ya mencionados anteriormente, el DSM-IV-TR y CIE-10.

Para determinar las posibles causas de la depresión, se realiza el correspondiente análisis funcional o causal del problema depresivo, que se describirá a continuación.

### **2.6.2. Evaluación de las causas**

Para analizar las causas que originan el trastorno, lo primero que debe hacerse es determinar si existen causas biológicas y/o psicológicas.

Como se ha mencionado en el apartado de etiología, las causas pueden ser endocrinas (de tipo adrenal o tiroideo) pero también pueden producirse por déficits o desequilibrios en los sistemas de neurotransmisión noradrenérgicos o serotoninérgicos.

Después de descartar las posibles causas biológicas, que pueden ser orgánicas o médicas, se determina si las causas pueden ser relacionales, funcionales o psicológicas. Para ello, se realiza un análisis funcional del problema depresivo que sufre el sujeto a través de las siguientes técnicas.

### **2.6.3. Evaluación de las técnicas e instrumentos**

Las técnicas que se utilizan para evaluar la depresión son la entrevista clínica, la observación, los autorregistros, los registros fisiológicos y los autoinformes.

Concretamente, se utilizan una serie de test o autoinformes que se detallan en la Tabla B adjuntada en los anexos.

TABLA B Anexos

## **2.7. NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DEPRESIÓN**

### **2.7.1. Apoyo social**

Barón López de Roda (1990) define el apoyo social o informal como la presencia real o percibida de apoyo, dispensada por parte de la familia, de los amigos y de la red social para satisfacer las necesidades básicas de los individuos.

Según García, Martínez y Maya (2001), cuando una persona dispone de suficiente apoyo social ante una situación adversa, este apoyo actúa amortiguando los síntomas depresivos; el apoyo modera el impacto negativo de los sucesos vitales estresantes.

Las redes sociales juegan un papel importante en las personas, porque se convierten en su sustento emocional mejorando su autoestima, su autopercepción, la eficacia personal y la identidad. Al interactuar, participar e involucrarse en diversas actividades sociales, mejoran las condiciones físicas, la autonomía personal, la posición social y la satisfacción hacia la vida en general (Durán, Orbegoz, Uribe y Uribe, 2008).

Para Barrón López de Roda y Sánchez (2001), hay una persistente asociación positiva entre apoyo social y salud mental. De hecho, el apoyo social ha sido constituido como uno de los factores más ampliamente estudiados y su influencia sobre el bienestar psicológico, ha sido claramente establecida tanto en sus aspectos funcionales (funciones que cumplen las relaciones sociales) como en los aspectos estructurales (composición de las redes sociales).

En sus orígenes, las investigaciones sobre el apoyo social se planteaban en torno al efecto que producía el estrés psicosocial (Barrón López de Roda y Sánchez, 2001). Dichas investigaciones han dado lugar a dos hipótesis sobre el efecto del apoyo social en los individuos:

La primera hipótesis es la del **efecto directo**, defendiendo que el apoyo social tiene un efecto sobre la salud y el bienestar, independientemente del estrés.

La segunda hipótesis es la del **efecto de amortiguación**, estableciendo que el apoyo social es esencialmente un moderador de otros factores que influyen en el bienestar, en concreto, durante los acontecimientos vitales estresantes.

Para Barrón López de Roda y Sánchez (2001), las investigaciones sobre apoyo social han obviado el papel de las variables socio-estructurales sobre dicho apoyo. Consideran que la clase social y la integración social son variables que deberían incluirse en cualquier modelo que trate de analizar el deterioro psicológico.

En relación a la **clase social**, lo que ponen de manifiesto estos autores es que no se puede olvidar el origen socio-estructural de los estereotipos sociales; tampoco se pueden obviar los recursos disponibles para su afrontamiento.

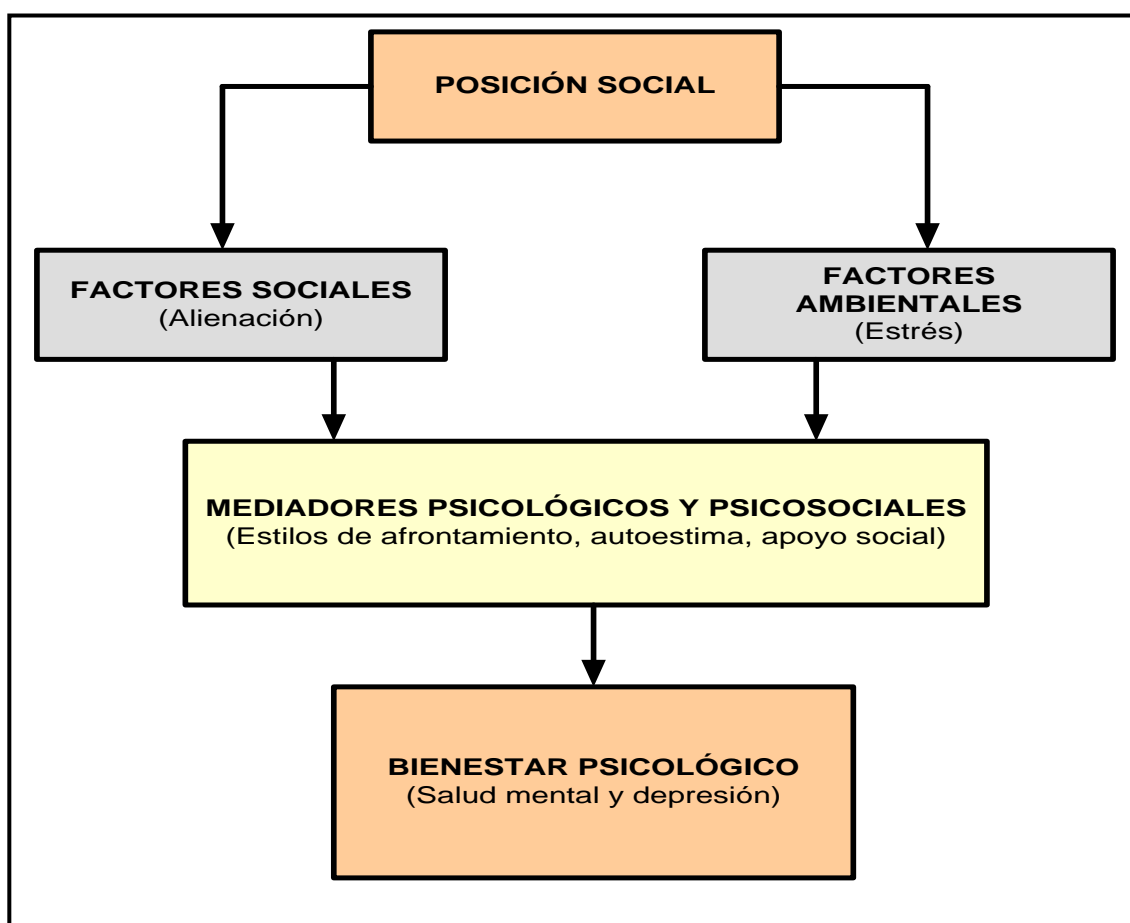
Mencionan que “las experiencias estresantes no suceden en un vacío sino que se relacionan con la estructura social y con los sistemas de estratificación, tales como la clase social y económica, la raza, el sexo, la edad. Estos sistemas producen una distribución desigual de los recursos y de las oportunidades. Por ello, un bajo estatus en cualquiera de ellos puede ser en sí mismo, el origen de las condiciones vitales estresantes” (Estructura social, apoyo social y salud mental, 2001, p.18).

En relación a la **integración social**, estos autores mencionan que en numerosas investigaciones se ha confundido el concepto de integración social con el de apoyo social formal y que, son escasos los investigadores que diferencian entre ambos conceptos. Proponen como definición de integración social, aquellos estados normativos, simbólicos y materiales en los que se ve

inmerso el sujeto y que le vinculan con un proyecto normativo y reglamentan su conducta haciendo por tanto comprensible, predecible y controlable el mundo cotidiano.

Proponen el siguiente modelo, que relaciona la estructura social y la salud mental de la siguiente manera:

Figura 4. Modelo general de salud mental



*Estructura social, apoyo social y salud mental, 2001.*

Este modelo especifica dos niveles de mediación. En el primer nivel se sitúan las experiencias sociales (alienación) y ambientales (estrés); ambas son producto de la posición socioeconómica de cada individuo. En el segundo nivel, se sitúan las mediaciones psicológicas y psicosociales con tres variables (estilos de afrontamiento, autoestima y apoyo social), a través de las cuales se conectan las experiencias sociales y ambientales con la salud y la enfermedad mental.



### **2.7.2. Orden social y depresión**

Amalio Blanco y Darío Díaz (2006, p.7) parten de la concepción del orden social como un hecho que se percibe y que se refleja en cada una de las dimensiones que definen el bienestar social.

En su estudio (Orden social y salud mental, 2006), hacen referencia permanentemente a la obra de Emilio Durkheim (El Suicidio) y a la necesidad de considerar un nuevo modelo de salud que denominan Modelo del Estado Completo de Salud.

Este modelo es propuesto por Keynes (2005) y en él, se distinguen trece dimensiones o síntomas de la salud mental que son los siguientes:

- Aceptación social
- Actualización social
- Afecto positivo
- Autoaceptación
- Autonomía
- Coherencia social
- Contribución social
- Crecimiento personal
- Dominio del entorno
- Integración social
- Objetivos vitales
- Relaciones positivas
- Satisfacción con la vida

Para ambos autores (Blanco y Díaz, 2006), "la salud es un estado de bienestar físico, social y psicológico y no solamente la ausencia de enfermedad" (p.8).

Mencionan que la Salud Social Positiva, estaría relacionaría estrechamente con estos ámbitos de la vida social y las personas serían más saludables si actuaran siguiendo estas pautas que se especifican a continuación (Tabla 13):

Tabla 13. Pautas para lograr una Salud social positiva (Blanco y Díaz, 2006)

Confiar tanto en los demás como en sí mismos, aceptarse tal y como se es y asumir los aspectos positivos y negativos de su vida.
Su sentimiento de pertenencia debe estar fuertemente arraigado y el número de lazos y vínculos sociales con los que cuentan deben ser sólidos; gran apoyo.
Guiar su vida sin dejarse arrastrar por las presiones y/o convenciones sociales.
Sentirse útiles para la colectividad.
Tener confianza en el futuro de la sociedad, reconocer el potencial de crecimiento y confiar en poder beneficiarse de él.
Concebir su vida y el mundo como algo lleno de sentido y perseguir un objetivo.

### **2.7.3. Apoyo familiar y pertenencia a grupos**

Los cambios que pueden tener lugar en el entorno, son de vital importancia para el sujeto que los vive directamente porque pueden influir de manera inmediata sobre su bienestar personal y social y en definitiva, sobre su calidad de vida.

Los sistemas de apoyo (Caplan, 1993) pueden definirse como uniones entre individuos o entre individuos, grupos e instituciones y su finalidad, es la de mejorar la competencia adaptativa en el afrontamiento de la crisis a corto plazo.

Los sistemas de apoyo actúan de modo natural y de forma espontánea en muchas sociedades e incluyen a la familia, a los amigos, a los vecinos, a los cuidadores informales, a las organizaciones de ayuda mutua y a las confesiones religiosas, etc. (Aspectos preventivos en salud mental, 1993).

Según Gerald Caplan (1993), "las familias son complejas unidades sociales que cumplen muchas funciones que se solapan entre sí. Sacian las necesidades de tipo biológico, psicosocial y median entre la sociedad y los individuos como agentes de socialización y control" (pp. 104).

La familia es considerada como la fuente principal de apoyo. Sin embargo, cuando se vive en un contexto de pobreza, los miembros de la familia también se encuentran en condiciones similares de precariedad, por lo que disminuye la posibilidad de dar y recibir apoyo. Bajo estas circunstancias, las redes sociales de la comunidad suelen convertirse en una fuente de apoyo primaria y altamente significativa (Rodríguez Espínola, 2010).

Las características de la familia como sistema de apoyo, según Gerald Caplan, (1993, pp. 105-109), son las siguientes:

Tabla 14. Características de la familia como sistema de apoyo

La familia como <b>colector y diseminador de información</b> sobre el mundo.
La familia como un <b>sistema orientador de feedback</b> .
La familia como <b>fuentes de ideología</b> (creencias, valores y conducta).
La familia como <b>orientador y mediador</b> en la resolución de problemas.
La familia como fuente de <b>servicios prácticos y de ayuda concreta</b> .
La familia como refugio para el <b>descanso y la recuperación</b> .
La familia como grupo de <b>referencia y control</b> .

Gerald Caplan (1993, pp. 304-305) menciona que una persona que presta apoyo social de manera eficaz, debe ser capaz de:

**1.** Incorporar al sujeto estresado dentro de un grupo que resulte acogedor al individuo afectado, proporcionándole una atención personalizada. Dicho grupo debe transmitir al sujeto que entiende cuáles son sus necesidades personales y que trata de satisfacerlas para mejorar su bienestar personal.

**2.** Debe fomentar y mantener la esperanza de mejorar en el sujeto al que se le presta la ayuda.

**3.** Debe alentar la retirada estratégica cuando el estrés alcanza su punto más alto en el individuo e intentar favorecer la toma de decisiones para la solución de problemas; siempre al ritmo que marque el sujeto.

**4.** Debe informar y ofrecer orientación sobre cuál es la mejor manera de manejar la situación que le causa ese estrés y malestar.

**5.** Debe actuar de canal de comunicación entre el sujeto afectado y el entorno social en el que está inmerso, recogiendo, interpretando y canalizando la información en ambas direcciones.

**6.** Debe fomentar en el individuo el reconocimiento de fortalezas pasadas y poco a poco, hacerle recordad acerca de su propia identidad, para luchar contra las dificultades a pesar del malestar.

**7.** Debe proporcionar ayuda material.

**8.** Debe auxiliar al individuo para que éste sea capaz de controlar sus sentimientos y sensaciones negativas, tranquilizándolo, consolándolo, expresándole solidaridad y aceptación.

**9.** Debe fomentar el apoyo mutuo entre los miembros de la familia.

**10.** Debe movilizar el apoyo por parte de parientes, amigos y profesionales comunitarios.

Según Caplan (1993), "las personas que ofrecen apoyo suplen la capacidad adaptativa al incorporar al individuo estresado en un grupo que, de forma transitoria, compensa el afecto perdido. Estas personas que prestan el apoyo, refuerzan la solución de problemas, respondiendo a las funciones cognitivas que se han visto desgastadas por la respuesta emocional y al mismo tiempo, contrarrestan este desgaste amortiguando la intensidad de los sentimientos de desesperación. Mantienen la esperanza como un estímulo para la voluntad de seguir luchando. Las personas que ofrecen apoyo neutralizan de esa manera todos los elementos asociados a las respuestas de pérdida y estrés que ponen en peligro la salud mental y proporcionan recursos auxiliares que capacitan al individuo para comportarse como una persona competente y resistente durante la transición psicosocial" (pp. 305).

## **DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.**

En este apartado se mostrará esquemáticamente el Plan estratégico de Salud Mental en Aragón (2002-2010). Se muestra un mapa conceptual sobre dicho plan aunque no está vigente en la actualidad, puesto que es el único referente del que se dispone en relación a la Salud Mental. No se ha desarrollado todavía un plan estratégico nuevo y adaptado a las nuevas necesidades de la población.

A continuación, se mencionarán algunos de los recursos sociales existentes orientados hacia el Área de Salud Mental y la Discapacidad. Son recursos sociales que ofrecen organizaciones sin ánimo de lucro y que se destacan porque han sido mencionados durante las entrevistas informales, por los profesionales de la Asociación que son el trabajador social y el psicólogo.

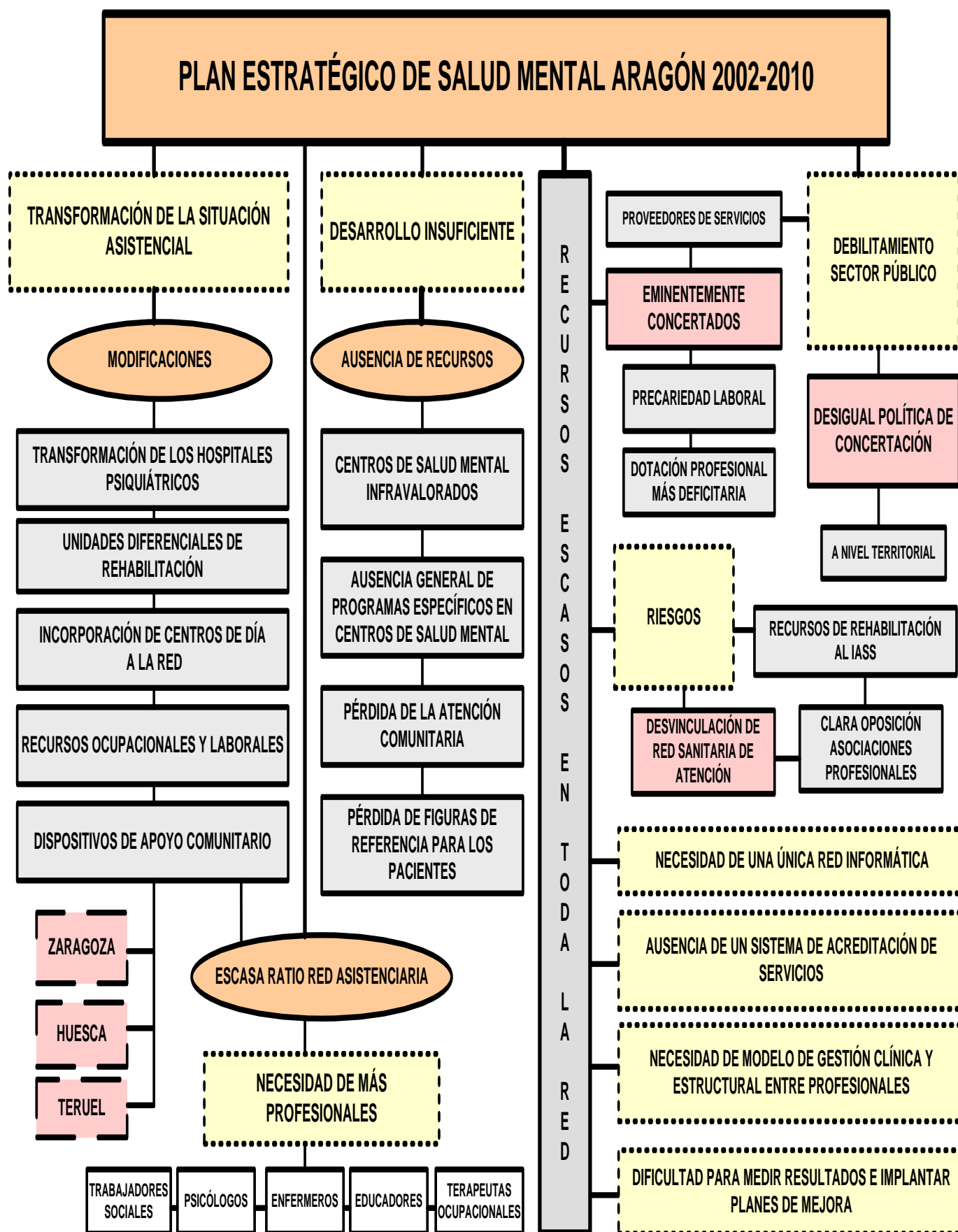
Posteriormente, se describirá la Asociación AFDA. Se mencionarán las principales conclusiones de las observaciones realizadas en los grupos de autoayuda y finalmente, los resultados obtenidos en las entrevistas formales y semi-estructuradas realizadas a los dos profesionales y a los usuarios de la Asociación durante el tercer subestudio, la evaluación de necesidades.

### **3.1. PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL EN ARAGÓN**

Lo primero que se analiza en este apartado es el Plan Estratégico de Salud mental en Aragón.

Se ha realizado un mapa conceptual donde se señalan los aspectos más relevantes del mismo (Figura 5).

Figura 5. Plan Estratégico de Salud Mental en Aragón



### 3.2. RECURSOS SOCIALES EXISTENTES

A continuación, se van a mencionar los recursos que están dirigidos a las personas con problemas de Salud Mental y Discapacidad en el territorio nacional y también, a nivel autonómico en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Son recursos que se gestionan desde el Tercer Sector, es decir, desde organizaciones sin ánimo de lucro (ONGs).

Estos recursos se conocen tras la realización de las entrevistas informales a los profesionales de AFDA y se mencionan porque se considera que enmarcan el contexto en el que se encuentra AFDA.

Se describirá brevemente qué es cada recurso y qué necesidades se detectan desde cada organización.

Son CERMI, FEAFES y FEAFES Aragón, FEAPS y FEAPS Aragón, COCEMFE y COCEMFE Aragón.

#### CERMI

Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad

- **Qué es.**

Es una plataforma de **representación**, de **defensa** y de **acción ciudadana** dirigida a las personas con discapacidad en España. Sus miembros, conscientes de que son un grupo social desfavorecido, se unen a través de diferentes organizaciones para avanzar en el reconocimiento de sus derechos y alcanzar la plena ciudadanía en igualdad de oportunidades, derechos y deberes.

Es una Asociación de ámbito estatal que se crea en el año 1997 y de la que forman parte más de 3.8 millones de personas con discapacidad<sup>2</sup> (10% de la población total) y sus familias. Está constituida por las principales organizaciones estatales de personas con discapacidad, por entidades adheridas

---

<sup>2</sup> Más información en <http://www.cermi.es>



a la acción sectorial y por un grupo de plataformas autonómicas; un total de más de 6000 asociaciones y entidades.

- **Necesidades que detecta.**

Las necesidades y demandas que se detectan desde la plataforma, en relación a la situación de discapacidad, son las siguientes:

**No discriminación e igualdad de oportunidades.**

**Accesibilidad universal** (eliminación de barreras físicas, de comunicación, etc.).

**Empleo** (vida activa y productiva; autonomía).

**Educación** (desarrollo personal).

**Salud, asistencia sanitaria y protección del consumidor con discapacidad.**

**Protección y previsión sociales** (fomento del empleo e incorporación al mundo laboral).

**Fiscalidad** (políticas activas de normalización y participación sociales).

**Mujeres con discapacidad** (mayor discriminación).

**Familias de personas con discapacidad.**

**Personas muy afectadas y que no pueden representarse a sí mismas** (situación más vulnerable aún y de mayor necesidad).

**La oportunidad digital** (nuevas tecnologías y sociedad del conocimiento).

**Personas con discapacidad en el medio rural.**

**Dimensión europea y cooperación internacional.**

\*\*\*

## FEAFES

**Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental**

- **Qué es.**

Es un movimiento asociativo de **carácter eminentemente reivindicativo**, que trabaja en los diferentes foros y entidades a los que tiene acceso.

Agrupada desde 1983 a las federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y a sus familiares; abarca todo el territorio nacional.

Su misión es la de **mejorar la calidad de vida** de estas personas, **defender sus derechos** y **representar el movimiento asociativo**.

Es la única entidad de ámbito estatal que representa al movimiento asociativo de familias y personas con enfermedad mental en España. Sus actividades están abiertas a cualquiera que esté interesado en la Salud Mental.

Este movimiento asociativo promueve la ciudadanía de pleno derecho de las personas con discapacidad intelectual o de desarrollo, mediante la participación, la pertenencia y la defensa de sus derechos.

Respetando la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Pero también, promueve la autodeterminación, la inclusión y la cohesión sociales, para mejorar la calidad de vida de estos individuos en una sociedad justa y solidaria.

FEAFES<sup>3</sup> es miembro fundador de la Federación Europea de Familiares de Personas con enfermedad Mental (EUFAMI) y del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), entre otras.

---

<sup>3</sup> Para más información consultar <http://www.feafes.org/> y <http://feafesaragon.blogspot.com.es/>

FEAFES Aragón cumple la misma función sólo que en la Comunidad Autónoma mencionada. Es una federación de asociaciones dedicadas al mismo colectivo, con entidad y actividades propias.

Uno de los integrantes de FEAFES Aragón es la Asociación AFDA<sup>4</sup>.

- **Necesidades que detecta.**

Desde FEAFES se reclama que la calidad de vida de las personas con enfermedad mental requiere de una **atención socio-sanitaria** que debe adecuarse a las necesidades de estas personas. Por supuesto, es imprescindible paralelamente favorecer su **integración social** y **normalizar su situación**, intentando evitar el estigma y la condición de minusvalía que se asocia a la enfermedad mental.

Ofrece diferentes **servicios** en función de las necesidades que detecta:

**Información y orientación.**

**Sensibilización y promoción de la salud.**

**Asesoría jurídica.**

**Promoción, captación y formación del voluntariado.**

**Psicoeducación.**

**Autoayuda.**

**Respiro familiar.**

**Programa de atención domiciliaria.**

\*\*\*

---

<sup>4</sup> Para más información sobre Asociaciones miembros FEAFES consultar <http://feafesaragon.blogspot.com.es/p/quienes-somos.html>

## FEAPS

Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad intelectual

- **Qué es.**

FEAPS es un conjunto de organizaciones que defienden los **derechos de las personas con discapacidad intelectual**, imparten **servicios** y son **agentes de cambio social**.

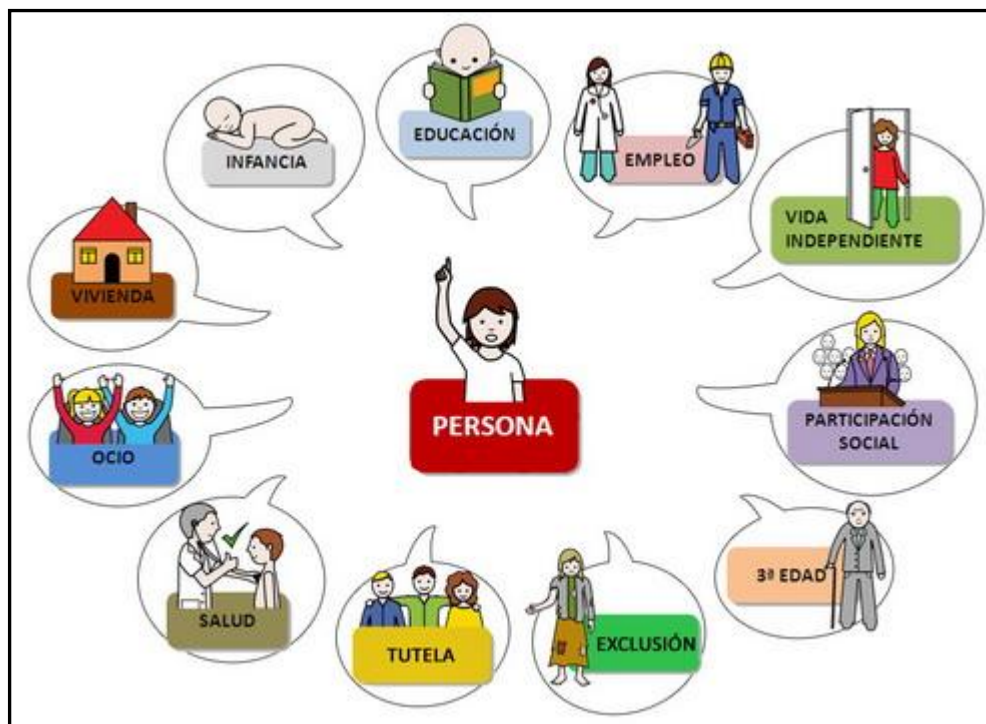
Surge en 1964 por el impulso de las familias que reivindicaban mejoras en la atención a estas personas con discapacidad. Se incidía sobre la marginación a la que afectados y familiares se veían sometidos, consecuencia de la discapacidad que sufrían estas personas con discapacidad intelectual.

Está constituida por 891 entidades y 17 federaciones autonómicas. Está presente en otras plataformas y organizaciones nacionales e internacionales; una de ellas es CERMI.

FEAPS representa a todas las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y a sus familias, en todo el territorio nacional.

A estas personas se les presta apoyo en todas las etapas del ciclo vital. También colaboran con el entorno para que dichas personas puedan lograr un proyecto de vida de calidad (Figura 6).

Figura 6. Ámbitos que abarca FEAPS



*Sacado de página web de FEAPS<sup>5</sup>.*

FEAPS Aragón (Asociación Aragonesa de Entidades para Personas con Discapacidad), anteriormente denominada FADIS (Federación Aragonesa de Asociaciones de Disminuidos Psíquicos), se crea en 1990 y es promovida por ocho entidades fundadoras<sup>6</sup>.

Es una entidad que trabaja en Aragón para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y la de sus familias.



**Asociación Aragonesa de Entidades  
para Personas con Discapacidad Intelectual**

Misión: “Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y la de sus familias”.



<sup>5</sup> Más información en <http://www.feaps.org/>

<sup>6</sup> Más información en <http://www.feapsaragon.org/Inicio.php>

## COCEMFE

Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica

- **Qué es.**

Es una Fundación creada para atender los problemas de las personas con discapacidad física y ofrecer servicios y actividades que favorezcan su **integración laboral y social**.

Colabora con otras entidades con las que comparte intereses comunes<sup>7</sup> y ofrece diferentes actividades (formación, ocupaciones, empleo, residencia); gestiona programas de entidades públicas y privadas, rehabilitación laboral, mejora de la movilidad y eliminación de barreras.

Crea empresas dirigidas a mejorar su integración laboral y calidad de vida.



COCEMFE Aragón<sup>8</sup> es una Confederación Coordinadora de Entidades para la **defensa** y **promoción** de las condiciones de vida de las Personas con Discapacidad Física y Orgánica en Aragón, mediante acciones de **reivindicación**.

Asume el papel de centro de apoyo e información, a las entidades que integran la Confederación.

Sus fines coinciden con la confederación estatal.

---

<sup>7</sup> Más información en <http://www.cocemfe.es/>

<sup>8</sup> Más información en <http://www.cocemfearagon.org/>

- **Necesidades que detecta.**

**Mejorar la calidad de vida y conseguir su plena integración social**

**(Personas con discapacidad física y orgánica)**

**Necesidad de que se les represente en las Administraciones  
públicas**

**(Para defender sus intereses y resolver sus problemas)**

**Inclusión de personas inmigrantes con discapacidad en acciones y  
programas**

**(Necesidad de mayor cooperación entre organizaciones  
internacionales)**

**Apoyo e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.**

**Integración, atención y apoyo.**

**Promoción de la autonomía personal, participación social**

**(Mayores y niños con discapacidad)**

### **3.3. ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ENFERMOS CON DEPRESIÓN EN ARAGÓN (AFDA).**

#### **3.3.1. Descripción de la Asociación.**

- **¿Qué es?**

AFDA es una asociación sin ánimo de lucro que pertenece al Tercer sector y que dirige sus acciones al ámbito de la Salud Mental.

Surge en el año 2001 ante la necesidad de crear un punto de encuentro, un entorno favorable en el que familiares, amigos y personas con trastornos depresivos pudiesen relacionarse y consolidar grupos para apoyarse mutuamente. Desde entonces, se ofrecen desde la Asociación tratamientos psicosociales y psicoterapéuticos dirigidos a sus socios.

Tanto los tratamientos psicoterapéuticos como los psicosociales, suelen quedar relegados a un segundo plano en el ámbito público. Son, además, mucho más escasos que los tratamientos farmacológicos, que son los que principalmente se ofrecen desde el Sistema de Salud.

Por ello, desde AFDA se intenta dotar a estas personas (familiares, amigos y pacientes) de las habilidades y recursos que necesitan para normalizar su problema y poder llevar una vida más cómoda, fomentando estrategias de afrontamiento, apoyo mutuo y previniendo posibles recaídas.

Desde la Asociación se hace hincapié en que “la depresión es la enfermedad mental que mayor sufrimiento y dolor moral produce, tanto en la persona que la padece como en su grupo familiar y social. Este trastorno se origina en todos los entornos sociales y es de vital importancia prestar una gran atención a todos los factores psicológicos y sociales que la conforman”.

- **Página web de AFDA.**

En su página web ([www.asociacionafda.com/](http://www.asociacionafda.com/)) se ofrece información sobre su misión, su visión, los servicios que ofrece, material bibliográfico y conceptual



sobre la depresión, entidades con las que colabora, guías, cómo contactar con ellos, etc.

Figura 7. Página principal de AFDA



Desde esta página web, se puede acceder a diferentes **enlaces**. Dichos enlaces se encuentran en la parte derecha de esta página principal y van en sentido vertical, desde la parte superior a la inferior (no constan en esta figura).

Se pueden visualizar los enlaces a los que se puede acceder desde la página principal, en el apartado de anexos (Anexo B).

- **Objetivos AFDA.**

La misión de la Asociación se plasma a través de estos objetivos:

**Aumentar la calidad de vida de las personas con trastornos depresivos y sus familias y amigos en la sociedad, favoreciendo la integración y reivindicando sus derechos.**

**Concienciar a la sociedad sobre la problemática que tienen las personas con trastorno depresivo, a la vez que promover la prevención, reinserción y tratamiento de todas las personas con enfermedad mental y apoyo a los familiares que los cuidan.**

**Realizar estudios de investigación en trastornos depresivos para un mejor tratamiento y conocimiento de la enfermedad.**

- **Servicios que ofrece la Asociación.**

Los servicios que se ofrecen desde AFDA se destinan con fondos públicos y privados, provenientes de subvenciones.

Sus presupuestos anuales al igual que sus profesionales, pueden variar según sea la cuantía económica que se disponga. Esto supone que los profesionales contratados no tengan garantizada su continuidad y requiere la disposición de voluntarios que puedan asumir en ausencia de los profesionales, algunas de sus funciones.

La Asociación cuenta con proyectos propios destinados a tratar los trastornos depresivos, a formar a las personas y a la atención pública. Estos proyectos están orientados a ofrecer una mayor atención psicosocial y psicoterapéutica, tanto a los que se ven afectados por el trastorno depresivo como a sus grupos primarios (familiares y amigos).

Para ello, se presta el **Servicio de Apoyo, Formación y Orientación**, denominado S.A.F.O. Es el principal servicio que se está ofreciendo desde AFDA y tiene una triple vertiente porque va dirigido a prestar apoyo, a formar sobre los trastornos depresivos y a orientar a familiares y afectados por la depresión.

Se llevan a cabo programas de actuación, en función de los ritmos de adaptación y aprendizaje de los usuarios.

**S.A.F.O. persigue los siguientes objetivos:**

Ofrecer servicios formativos, de apoyo y asesoramiento para las personas afectadas por trastornos depresivos y sus familias.
Informar y ayudar a comprender y afrontar la depresión y los problemas que puede ocasionar en el núcleo familiar.
Fomentar la relación entre pacientes y familiares, con el fin de mejorar los núcleos de convivencia y combatir la soledad.
Prevenir recaídas al reconocer los factores de riesgo.
Desmitificar la figura de la persona con trastorno depresivo y concienciar a la sociedad contra los prejuicios y marginación a los que se ve sometido.
<b>Orientación</b> sobre trastornos depresivos para la atención pública de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Interesar a la opinión pública en pro de la salud mental.
<b>Apoyo y atención</b> psicosocial y psicoterapéutica para promover la prevención y tratamiento de todas las personas con trastornos depresivos y apoyo a los familiares que los cuidan.
<b>Formación</b> orientada para afectados y familiares/amigos.

Se forma a través de los grupos de autoayuda, de las terapias alternativas y de las charlas o conferencias dirigidas a profesionales sanitarios, sociales y educativos.

La **FORMACIÓN** para afectados por el trastorno depresivo y para sus familiares y amigos, se realiza mediante sesiones grupales semanales, impartidas por el psicólogo de la Asociación.

## **1 Los grupos de autoayuda: afectados, familiares y amigos**

Desde AFDA, se transmite que “el apoyo mutuo favorece que los pacientes comprendan y afronten los problemas que surgen de la depresión y a la vez, combatan la soledad y la apatía; a su vez los familiares tienen una mayor comprensión de la enfermedad, así como el aprendizaje de estrategias efectivas para afrontar los problemas cotidianos”.

En los grupos de autoayuda se realizan talleres de psico-educación, activación conductual, pensamientos negativos, conductas saludables, grupos de comunicación, asertividad y autoestima, manejo de sentimientos, hábitos de convivencia, resolución de conflictos y trabajo de memoria, entre otros.

## **2 Formación en terapias alternativas.**

Consiste en ofertar de manera puntual a los socios de la entidad y de otras entidades sociales cursos de relajación, musicoterapia, risoterapia.

## **3 Formación para profesionales sanitarios, sociales y educativos.**

Trabajan en servicios sanitarios, sociales y centros escolares, tanto públicos como privados. Se forma a las personas en diferentes campos (mujer, tercera edad, infancia y adolescencia, exclusión, educación, etc.) para que adquieran los profesionales mayores habilidades y traten y detecten mejor este trastorno, que a veces aparece como sintomatología de otras enfermedades.

Prestan **ORIENTACIÓN** sobre trastornos depresivos (atención al público).

Informan y conciencian a los ciudadanos aragoneses sobre los recursos sociales y sanitarios de atención pública existentes y por supuesto, a la población del municipio de Zaragoza. También realizan campañas de sensibilización.

Otro de los servicios que se presta desde AFDA, es el programa **DEPRE** (Programa de Formación para la atención pública).

Es un servicio destinado y dirigido a toda la población, a las familias de los enfermos por depresión y a los propios afectados por los trastornos depresivos.

Los profesionales de la Asociación imparten charlas para dotar a las personas de mayor información y comprensión hacia la depresión. También se realizan para que las personas aprendan estrategias efectivas para afrontar problemas cotidianos de la convivencia.

- **¿Qué es la depresión?**

Desde AFDA se define la depresión como “un trastorno anímico y mental que puede afectar a todas las áreas del individuo (sus pensamientos, sus sentimientos, su conducta, su funcionamiento corporal y social) y que tiene importantes consecuencias personales y sociales. No se trata de una tristeza pasajera o de un estado de ánimo bajo, comprensible tras un acontecimiento vital negativo. Se trata de un estado duradero y que afecta de modo integral en el bienestar y en el funcionamiento de la persona afectada y de su entorno de relaciones”.

Desde la Asociación se manifiesta que “el origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas)”.

Además, "Cerca de seis millones de personas padecen depresión en España y tan sólo una tercera parte ha recibido un diagnóstico. Estamos ante un problema que no para de crecer en nuestra sociedad. El consumo de antidepresivos se ha multiplicado por tres en la última década y el de ansiolíticos por cuatro sin ir en la mayoría de los casos ligados a un proceso terapéutico que complementa este tratamiento farmacológico".

- **Síntomas de la depresión.**

Los síntomas más frecuentes son:

<b>Estado de ánimo abatido, triste o apático (con llanto fácil).</b>
<b>Cansancio y/o fatiga exagerada.</b>
<b>Pérdida de ilusión por la vida y de interés por las actividades cotidianas.</b>
<b>Alteraciones en el peso corporal (aumento o disminución).</b>
<b>Trastornos del sueño (insomnio o excesiva somnolencia).</b>
<b>Disminución de la conducta sexual o aumento exagerado de la misma.</b>
<b>Ideas negativas y pesimismo, sentimientos de culpabilidad y/o desvalorización.</b>
<b>Trastornos psicósomáticos como dolores de cabeza, musculares, mareos, inapetencia (esto sería la depresión enmascarada, que también puede aparecer detrás de cualquier conducta adictiva).</b>

- **¿Cuándo buscar ayuda profesional?**

Desde la Asociación se afirma que "la depresión no se cura sola" y que tan sólo "una de cada cinco personas busca ayuda farmacológica o psicoterapéutica".

Desde AFDA se señala la necesidad de complementar tratamientos farmacológicos con los psicoterapéuticos a través de la participación en grupos de soporte y de ayuda mutua.

En estos grupos, los usuarios aprenden a escuchar y a compartir experiencias con personas que han vivido situaciones parecidas. Es vital que estas personas se sientan comprendidas y aceptadas por los demás, que no se sientan juzgadas ni valoradas negativamente.

Desde los grupos psicoterapéuticos se trabaja con estas personas para transformar progresivamente la forma de percibir los conflictos y aumentar su autoestima.

- **Consejos para superar una depresión.**

Aparte de pedir ayuda a un médico, terapeuta o una asociación especializada, hay cinco cosas que desde AFDA se propone hacer para reducir el malestar:

<b>Hacer ejercicio físico.</b>
<b>Alimentarse bien.</b>
<b>Identificar los problemas, no darles demasiadas vueltas y centrarse en algo positivo.</b>
<b>Expresarse y participar en actividades.</b>
<b>Ver el lado positivo de las cosas.</b>

- **Cómo pueden los familiares y amigos ayudar al enfermo.**

Desde AFDA se trabaja también con los familiares y amigos, porque son personas que también sufren y que generalmente, no entienden el por qué de la enfermedad.

Se hace hincapié en que la **FAMILIA** debe:

- Adoptar una actitud comprensiva y abierta, que permita que se desarrolle el diálogo y se pueda restablecer la objetividad gradualmente.
- Es inútil pedirle a un deprimido que te explique lo que le pasa, no podrá hacerlo. No sabe lo que le pasa.

- Tampoco se debe pretender que vea la realidad con objetividad, no podrá.
- Según la gravedad, hay cosas que no puede hacer, como divertirse, ir a trabajar, viajar, etc. Suelen ser consejos que el deprimido no puede seguir.
- Lo mejor que pueden hacer las personas que se encuentren cerca de un deprimido, es transmitirle el sentimiento de que se les quiere y de que se tiene interés en ellos. No hay que agobiarles y se debe mantener una actitud de espera activa.
- Lo más importante que se puede hacer por la persona deprimida es ayudarle a que reciba el diagnóstico y el tratamiento adecuados.
- Ayudarle a obtener un tratamiento diferente, si no se observa ninguna mejoría con el primer tratamiento.
- Prestarle apoyo emocional:
  - Comprensión, paciencia, afecto y estímulo.
  - Conversar con la persona deprimida y escucharla con atención.
  - No minimizar los sentimientos que el paciente expresa pero señalar la realidad y ofrecer esperanza.
  - No ignorar comentarios o alusiones al suicidio. Informar al terapeuta si la persona deprimida hace comentarios sobre la muerte o el suicidio.
  - Invitar a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine y a otras actividades.
  - Persistir con delicadeza si su invitación es rechazada.
  - Fomentar la participación del paciente en actividades que antes le daban placer, pero sin forzar a la persona deprimida a hacer demasiadas cosas.

La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar sus sentimientos de fracaso y empeorar su situación.



### **3.3.2. Observaciones realizadas.**

Se han realizado cuatro observaciones a lo largo del mes de mayo. Se ha asistido semanalmente a los grupos de terapia impartidos por el psicólogo, para recopilar información sobre las necesidades de estas personas y las repercusiones sociales que produce padecer una depresión.

Los talleres se desarrollan a través de actividades semi-estructuradas que imparte el psicólogo de la Asociación semanalmente los jueves en la Sede de AFDA, en la calle Honorio García Condoy, nº 12, de Zaragoza.

Las personas que asisten a este grupo de autoayuda varían semanalmente. Las actividades que se desarrollan en el mismo, están dirigidas a potenciar el desarrollo de las estrategias de afrontamiento y de las habilidades sociales de las personas que padecen trastornos depresivos. También de aquéllas que tienen familiares/amigos en su entorno inmediato con depresión y/o problemas de ansiedad.

A continuación se muestran los principales resultados de las observaciones realizadas. Los registros de dichas observaciones se pueden consultar en el apartado de anexos (ANEXOS D).

## **CONCLUSIONES**

Aporta beneficios en cuanto a que se identifican las emociones, se favorece la comprensión del trastorno y se favorece el reconocimiento de los factores de riesgo que afectan a estas personas y de los factores protectores que disponen en su entorno.

Se intenta modificar el comportamiento desencadenado por el padecimiento de trastornos depresivos, favoreciendo estrategias de meditación, relajación y un mayor control de la mente para combatir las experiencias negativas vividas por los usuarios y socios de la Asociación y para favorecer su recuperación e integración en sociedad.

Durante el taller se permite que se traten los temas que consideren necesarios los asistentes, pudiendo ser estos muy diversos (personales, económicos, laborales, sociales, anécdotas, etc.). Inicialmente se realiza una ronda de presentación o exposición de cómo ha transcurrido la semana. Se describen los aspectos tanto positivos como negativos que ha experimentado cada miembro.

Todos los asistentes participan activamente en esta actividad inicial y en aquellas que surgen de manera espontánea tras describir cómo se ha sentido cada individuo.

Los temas que se trabajan son la percepción del entorno, sus emociones, sensaciones, sentimientos y experiencias vividas. Cómo perciben ellos la realidad, cómo se relacionan con las personas de su entorno, etc.

Las conversaciones e intervenciones durante las actividades surgen de manera espontánea y hay una gran participación de todos los miembros asistentes.

El psicólogo interviene cuando considera que debe aportar conocimientos al grupo o cuando puede utilizar los argumentos que estas personas mencionan, para hacerles reflexionar sobre su problema y su actitud. Señala en estas ocasiones, posibles pautas o recomendaciones que podrían favorecer su rehabilitación y su bienestar personal mejorando su calidad de vida.

Normalmente, hay un mayor número de mujeres asistentes que de hombres.

Ambos sexos expresan sus sentimientos y opiniones de manera voluntaria y libre, sin presión. Nadie juzga, nadie critica y hay un gran apoyo social entre los participantes.

Los talleres favorecen un espacio donde estas personas pueden desahogarse e identificarse con personas que tienen problemas similares (grupo de iguales).

Las personas que asisten parecen conocerse y haber creado vínculos.

Hay personas nuevas que se reincorporan al grupo porque acaban de contactar con la asociación y de acceder a ella. Sin embargo, esto no es un impedimento

para interaccionar y expresarse, puesto que la acogida a estos nuevos usuarios es muy positiva.

Hay personas que crean vínculos más fuertes y que quedan independientemente de los encuentros que se prevén desde la Asociación (taller de autoayuda, huerto...). Se fomenta la consolidación de grupos y de amistades.

En ningún momento se fuerza a una persona a intervenir en las conversaciones o a expresarse. Se respetan los turnos de palabra aunque a veces, la participación es tan alta que se solapan las conversaciones.

Se percibe que entre ellos, intentan buscar soluciones a los problemas que comentan el resto de los compañeros.

Desde este taller se favorece un espacio donde estas personas buscan soluciones a sus propios problemas y dificultades. Lo hacen a través del grupo, de las recomendaciones que el psicólogo menciona y de las opiniones que los miembros proporcionan individualmente a partir de sus propias experiencias.

Debaten sobre cómo mejorar sus relaciones, de lo que sienten cuando interaccionan con otras personas. También sobre las decisiones que deben ser capaces de tomar para salir de esa situación y para recuperar su calidad de vida y su bienestar personal.

A lo largo de la sesión surgen momentos en los que se muestran más alegres y momentos en los que se encuentran más tristes con mayores índices de sufrimiento. La sintomatología y el estado de ánimo varía bastante de una semana a otra en algunos usuarios.

Se ha percibido que cuanto mayor es el número de persona que participan en la sesión, más positivo y alegre es el ambiente en el que se desarrolla la misma. Se alegran cuando la asistencia es numerosa porque sienten que no son los únicos que están afectados por un trastorno depresivo. Se sienten normalizados y menos excluidos al ver a personas que sienten lo mismo.

El espacio donde se desarrolla el taller es un aula bien iluminada, espaciosa y con una mesa ovalada y muy amplia que favorece el contacto visual de todos los miembros. El ambiente es propicio para la interacción y el diálogo.

La mayoría de los asistentes combinan el tratamiento farmacológico con el terapéutico. Se detectan y expresa directamente los asistentes, que los fármacos provocan problemas en la capacidad de memoria. Por ello, se necesita trabajar desde este taller la memoria visual y la memoria a corto plazo porque muchas de las personas asistentes experimentan efectos secundarios de los fármacos que deterioran la capacidad de memoria.

El interés hacia las actividades es alto y la actitud, muy positiva. Se favorece desde AFDA un espacio donde interaccionar en un clima cómodo y de absoluta confianza y respeto.

Prima en los participantes la sinceridad para contar sus experiencias, la escucha activa y el diálogo. Destaca la transparencia a la hora de mostrar sus emociones, sus sentimientos, sensaciones y de explicar sus experiencias a los demás. Es muy destacable el apoyo que se prestan los unos a los otros; incluso cuando no se conocen.

Hay bastantes personas que atraviesan momentos complicados consecuencia de la crisis económica (económicos y de empleo) que favorecen la aparición de la depresión y la agravan en aquéllos que ya la tenían.

Se debate en numerosas ocasiones en el grupo que son personas que se anclan en el pasado (en las experiencias negativas vividas) e imaginan cómo va a ser su futuro teniendo en cuenta estas experiencias. No disfrutan el momento presente porque sólo piensan en cómo ha sido su pasado y en cómo será su futuro.

Por ello, desde AFDA se proporcionan las estrategias que estas personas necesitan para aprender a vivir el momento presente e intentar disfrutar de las pequeñas cosas buenas que tienen a su alrededor.

Algunos temas específicos que se mencionan en los talleres y se reflejan en las observaciones son los siguientes:

- La depresión no es un dolor, es un sufrimiento. Es peor vivir así que morir.
- La única opción para salir de una depresión depende de uno mismo.
- Sigue habiendo cierto tabú en cuanto al reconocimiento social de este trastorno.
- La atención que se presta desde el ámbito público es escasa y las citas con los especialistas en psiquiatría son esporádicas e insuficientes. Se requiere una mayor atención y un seguimiento continuado desde los sistemas de salud.
- A veces las familias no comprenden el trastorno y no saben cómo actuar para que estas personas afectadas por la depresión se sientan mejor y disfruten de la vida. A veces, algunos miembros de las familias de los afectados por depresión empiezan a padecer síntomas también.
- Estas personas necesitan tomar fármacos aunque les cuesta comprender que quizás los necesiten de por vida.
- Hay una relación directa entre apatía, inactividad y depresión.
- Este círculo vicioso conlleva que se aíslen socialmente, que pierdan amistades y que se sientan totalmente desintegrados de los diversos ámbitos de la vida diaria (trabajo, relaciones con grupos primarios, etc.).
- Es importante realizar ejercicio, alimentarse bien e intentar realizar actividades que requieran colaborar en grupo, realizar trabajos en equipo... Este tipo de tareas son útiles para evitar pensar en aspectos negativos; favorecen la desconexión en momentos puntuales de la vida del individuo y fomentan la interacción e integración en grupos.
- Estas personas reclaman la necesidad de apoyo familiar y de amistades porque no se sienten lo suficientemente apoyados y comprendidos por su entorno.
- Se recalca que es importante no olvidar los problemas que han conducido a la depresión pero sí que deben aprender a superarlos. Deben ser

conscientes de cómo prevenir caer en ese círculo vicioso mencionado (inactividad-depresión-aislamiento-tendencia suicida).

- A la depresión se añaden problemas o dificultades familiares, de salud, sociales, económicas y laborales. Unas veces son la causa de los síntomas depresivos y otras, son tan sólo un atenuante más.
- Se concibe que es importante prever posibles recaídas y trabajar en la prevención del suicidio. Muchos de los participantes han tenido ideación suicida.
- Se informa a los participantes de los cursos de formación e información que se van a impartir desde la Asociación (psicólogo y trabajador social y otros profesionales colaboradores especializados en este tipo de problemáticas). La participación de los socios es elevada y reconocen la utilidad de asistir a los cursos que los profesionales de AFDA organizan.
- Se fomenta la participación en los cursos de Mindfulness (actualmente en desarrollo), cuyo objetivo es dotar a estas personas de técnicas específicas para que aprendan a no pensar en cosas negativas y controlen cualquier tipo de pensamiento partiendo de estímulos externos (ruidos, sensaciones, etc.).

### 3.3.3. Evaluación de necesidades.

Se ha realizado el análisis cualitativo de las entrevistas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos relacionados con los trastornos depresivos y con las intervenciones sociales, que se pueden llevar a cabo desde la Psicología y desde el Trabajo Social.

Tabla 15. Nodos de análisis

AISLAMIENTO	PREVALENCIA, GÉNERO Y EDAD
ÁMBITO LABORAL	PREVENCIÓN
ASOCIACIÓN Y TERCER SECTOR	RECURSOS SOCIALES
DIAGNÓSTICO	RELACIONES SOCIALES
DIFICULTADES DE INTERACCIÓN	REPERCUSIONES SOCIALES
FAMILIA Y AMIGOS	SENSIBILIZACIÓN SOCIAL
FORMACIÓN	SERVICIOS EXISTENTES
INTEGRACIÓN	SITUACIÓN DE CRISIS
NORMALIZACIÓN	SUICIDIO
PARTICIPACIÓN SOCIAL	TRATAMIENTOS COMBINADOS

Analizaremos estos nodos a partir de la información proporcionada por los profesionales de AFDA en las entrevistas.

P1	Profesional 1	TRABAJADOR SOCIAL
P2	Profesional 2	PSICÓLOGO

### **Servicio de Apoyo y asesoramiento profesional:**

El trabajador social mantiene ese primer contacto con la persona que padece el trastorno y/o con su familia. **P1:** *"Me dedico más al tema de la acogida, veo más a la persona en el primer momento que llega".*

El psicólogo es quien imparte las terapias grupales. Ambos prestan una atención individualizada a los socios desde el campo de la Psicología y del Trabajo social.

Trabajan de manera coordinada realizando el seguimiento de los casos y de las intervenciones. **P1:** *"Se favorece la accesibilidad a los servicios, especialización, investigación, prevención, formación y sensibilización. Se quiere fomentar el tejido asociativo".* Realizan investigaciones para mejorar la atención desde el Área de Salud mental; se diseñan y gestionan proyectos sociales. **P1:** *"Estamos diseñando un proyecto para la prevención del suicidio".*

Se coordinan con otras entidades y profesionales del ámbito público, privado y del tercer sector. **P1:** *"Mantenemos contacto con entidades públicas y privadas. Con el Departamento de Salud y colaboramos para la investigación con el Servet y con la DGA. Las privadas, con la CAI y la Caixa. También estamos en contacto con el Foro Aragonés del Paciente y con la Federación de Salud Mental".*

### **Perfil de usuarios:**

Desde AFDA se recalca que cualquier edad es buena para buscar soluciones a la depresión e intentar recuperarse. **P1:** *"Hay personas que deciden venir y que solicitan información sobre el trastorno para entender por qué se sienten así."*



*Hay otras personas que llevan mucho tiempo arrastrando el trastorno y acuden a AFDA por iniciativa propia, después de llevar muchos años así”.*

Los usuarios de la Asociación abarcan un espectro de edad amplísimo. **P1:** *“Viene gente desde 16-17 años hasta de 80”.*

Hay una serie de síntomas que son comunes en las personas que padecen depresión.

A nivel mental se manifiestan una serie de características. **P1:** *“Nos encontramos rigidez de pensamiento, ideas irracionales, problemas somáticos que derivan en problemas estomacales, jaquecas, trastornos de sueño. Son gente muy racional, gente muy mental que se dedica mucho a identificarse con la voz de su cabeza”.*

A nivel emocional, las personas tienen una percepción muy negativa de sí mismos y de su entorno. **P1:** *“Problemas de baja autoestima, de una autoimagen bastante negativa, sentimientos de tristeza, melancolía, de culpa, de frustración porque no pueden salir de la situación”.* **P2:** *“Labilidad emocional, afectiva.”*

En muchas ocasiones, reconocen que sufren pero no identifican los motivos que explican ese tremendo malestar. **P1:** *“No sienten unos problemas que sean reales y lo que hacen al final es quitarles importancia, desvalorizarlos. Eso a su vez, hace que tengan más frustración porque creen que sus problemas no son auténticos o de verdad, de peso y eso hace que acumulen más carga a su vez”.*

### **Dificultades de estas personas:**

Tienen dificultades para incorporarse a la vida en sociedad; afecta al ámbito laboral y a las interacciones sociales de manera muy significativa. **P2:** *“Tienen dificultades para relacionarse con gente, muchísimas dificultades para iniciar y mantener actividades de la vida diaria que son muy importantes”.*

Aunque la casuística de la depresión es muy diversa, influye el aspecto socio-económico y cultural. **P1:** *“En la última época, lo que sí que encontramos son dificultades económicas también”.* **P2:** *“Se percibe una mayor prevalencia de la*

*depresión en aquellas personas que atraviesan dificultades económicas o que se encuentran en ambientes socioeconómicos o socioculturales bajos y medios".*

Se ven seriamente afectadas las personas que atraviesan problemas económicos. **P1:** *"Se han podido valer toda la vida por ellos mismos pero ahora mismo, ven que no tienen medios suficientes para poder subsistir y entran en un periodo de mucha ansiedad y de depresión".* **P2:** *"Los afectados son personas muy incomprendidas que tienen serias dificultades sociales, relacionales para desempeñar su empleo y tener una vida personal y social normal, como el resto de las personas sanas".*

### **Acceso a AFDA:**

En algunas ocasiones, las personas acuden inicialmente al médico porque se encuentran mal. **P1:** *"Ha aumentado el número de personas que acuden a atención primaria con síntomas depresivos".* A veces, son derivadas por el propio médico de atención primaria o por el especialista de psiquiatría. **P2:** *"Lo que hacen es ofertárselo y mencionarle directamente recursos como AFDA".*

Otras veces son los propios pacientes los que acuden a AFDA por iniciativa propia (al ver carteles en los centros de salud) o al recomendárselo otra persona conocedora de los servicios que presta la Asociación. **P1:** *"También hay personas que son derivadas desde el servicio médico y otras, a través de conocidos que han venido a AFDA o que conocen este recurso".* *"Unos vienen por iniciativa propia y otros por iniciativa de sus familias".*

Se prestan servicios y se realizan actividades desde AFDA que, por la vía pública son escasos e insuficientes y por la vía privada, suponen un alto coste económico para las personas afectadas y sus familias. **P2:** *"Muchas personas acuden a entidades privadas y se gastan grandes sumas de dinero por la vía porque desde lo público los recursos son muy escasos".* *"Hay mucha demanda y poca oferta".*

### **Recurso social:**

Los servicios que prestan el trabajador social y es psicólogo favorecen en gran medida la recuperación y rehabilitación de estas personas en sociedad. **P2:** *"Al asistir a la terapia, empiezan a crear vínculos en los que interaccionan socialmente. Crean durante las sesiones un entorno favorable, de confianza, donde se expresan abiertamente". "Durante estas sesiones no se sienten juzgados y son capaces de ponerse en el lugar del otro y de comprender su situación".* **P1:** *"Todos han pasado por situaciones y sentido cosas parecidas entonces, se sienten libres para hablar de aspectos de su vida que, en otros entornos no pueden expresar porque no se les comprende".*

Se aprecian cambios importantes en los usuarios, pero suelen ser cambios a largo plazo. **P2:** *"Se aprecian cambios significativos pero son a medio y largo plazo y no en todas las personas. Van modificando poco a poco sus estrategias de afrontamiento y su percepción del entorno se va haciendo, poco a poco, más positiva".*

Hay personas que incluso tras haber superado la depresión, continúan acudiendo a los grupos de terapia. Sirven de apoyo y de referencia para los demás. **P2:** *"Algunos continúan vinculados a la Asociación, para mantener el contacto y actúan en las sesiones como coterapéutas. Otros no mantienen tanto contacto pero apoyan a AFDA colaborando como socios".*

### **Percepción de la enfermedad desde el ámbito familiar y social:**

El apoyo social y familiar es muy importante. **P1:** *"Su calidad de vida empeora, conforme empeora el contexto y entorno social en el que se encuentra esa persona y su familia".* **P2:** *"Tener un núcleo familiar, de apoyo es un pilar importante, es fundamental pero, todo el peso está en la persona que sufre la depresión".* La persona con depresión no se siente lo suficientemente apoyada por su entorno. **P2:** *"El apoyo es importante pero lo principal para salir de cualquiera de estos problemas, es la decisión personal del propio afectado".*

Los familiares y amigos no comprenden la enfermedad de la depresión. **P1:** *"Muchas veces no comprenden el trastorno, no entienden por qué sienten tanta frustración, culpa, tanto sufrimiento".* **P2:** *"El entorno influye en los niveles de depresión y la depresión, influye en la forma de vida".*

La persona con depresión se siente incomprendida y no correspondida. No es consciente de las repercusiones familiares y sociales que produce el trastorno en su entorno inmediato. **P1:** *"Los propios afectados tampoco se ponen en el lugar de sus familias, no entienden que para una persona que no ha sufrido una depresión, es muy difícil ponerse en su lugar y comprender los sentimientos y síntomas que esta enfermedad produce".*

### **Relación entre crisis económica y depresión:**

Cada vez hay un mayor número de personas desempleadas y atravesando circunstancias personales muy críticas (impagos, desahucios, situaciones problemáticas de familia, etc.). **P1:** *"La crisis económica es un atenuante más para las personas con depresión y uno de los factores de riesgo actuales para personas que han perdido su trabajo y atraviesan situaciones vitales muy complicadas".* *"Las necesidades son prácticamente las mismas que antes, pero la situación económica, social, política... hace que el trastorno afecte a más personas".*

La crisis económica favorece la aparición de la depresión. **P1:** *"Hemos visto un aumento de población que llega únicamente deprimida por temas económicos, porque han perdido el empleo y se encuentran en una situación económica muy complicada y eso hace que su autoestima baje".* *"El problema económico es un aspecto importante, más que nada porque todos nuestros bienes y nuestras necesidades vienen ligadas al dinero".* **P2:** *"Está causando que los familiares o amigos afectados se sientan igual, empiecen a estar deprimidos también".*

### **Gran tendencia de anclarse en el pasado y predisponer el futuro:**

Son personas que hacen constantemente referencia a las vivencias pasadas y que tienden a predisponer cómo va a ser su futuro basándose en las

experiencias negativas vividas tiempo atrás. **P1:** *"La gente empieza a predisponer lo que va a ser de su futuro y les genera mucha ansiedad".* **P2:** *"Lo ven todo tan oscuro que creen que no van a salir de allí".*

### **Diagnóstico y Tratamiento:**

Los diagnósticos son tardíos y poco precisos. **P1:** *"El diagnóstico suele ser bastante tardío".* **P2:** *"Y es difuso".*

Hay personas que padecen depresión, que no están diagnosticadas y que no reciben los tratamientos adecuados. **P1:** *"Muchos no tienen muy claro lo que tienen y una gran parte de ellos, están sin diagnosticar".* **P2:** *"Muchas personas vienen aquí y confunden la sintomatología de la depresión con la de la ansiedad, porque son trastornos que están muy cercanos".*

Hay personas que sí han sido diagnosticadas pero que simplemente reciben un tratamiento farmacológico. Normalmente no se combinan los fármacos con otros tratamientos, a no ser que se conozcan los servicios que se prestan desde entidades como AFDA, a través del Tercer Sector.

Desde la Asociación se promueve que, para lograr el rendimiento óptimo del enfermo y poder vencer el trastorno, es necesario combinar los tratamientos farmacológicos con los psicoterapéuticos. **P2:** *"Lo mejor es combinar ambos".*

Los tratamientos farmacológicos hacen efecto a corto-medio plazo. **P2:** *"El tratamiento farmacológico es muy útil a corto plazo, porque produce unos efectos muy rápidos y muy deseables; lo único malo que tiene bastantes efectos secundarios".* Los psicoterapéuticos y psicológicos son más efectivos a medio-largo plazo. **P2:** *"Tiene mucha menor incidencia en el número de recaídas. Tiene mejores efectos a largo plazo, aunque cuesta mucho más que los fármacos".*

Hay que respetar el ritmo de la persona y empezar a aplicar la terapia psicoterapéutica, combinada con los fármacos, cuando ella decida que está preparada y que es capaz. **P2:** *"Cada persona evoluciona a un ritmo diferente y necesita su tiempo para tomar conciencia de que debe ser él mismo quien haga*

*todo lo posible para curarse, para lograr mejoras y recuperar su vida". P1: "El tema farmacológico, es muy efectivo para recuperar el organismo a nivel óptimo. Para empezar a trabajar".*

Hay un porcentaje de personas que no responden a los tratamientos farmacológicos y a los que les cuesta mucho más combatir la depresión. **P1:** *"Lo que tienen en la cabeza que van rumiando constantemente, no se lo quita nadie. Les quitará los síntomas, pero la rumiación interna sigue estando ahí y piensan". P2: "Además, los tratamientos tienen mucha incidencia en la capacidad de atención, en la memoria... Habrá personas que deban tomar medicación de manera permanente quizás a lo largo de toda su vida". P1: "Es un trastorno difícil de entender, la verdad. También hay personas que llevan 15-20 años con tratamiento y que continúan padeciendo depresión".*

### **Etiología de la depresión:**

Las causas de la depresión pueden ser muy diversas. **P2:** *"Hay veces que hablan de un déficit en los neurotransmisores, otras veces son personas receptivas a acontecimientos que han sucedido...". "Puede ser algo genético, ambiental, conductual. A veces son características personales que te predisponen a la depresión.... Se habla de que hay factores genéticos que predisponen a la depresión, de factores ambientales y situaciones vitales estresantes". P1: "No siempre está claro el porqué se produce una depresión". P2: "Esas características, esas formas de afrontamiento, esos estilos... que te predisponen y te hacen más vulnerable, si no lo cambias, a lo mejor a corto plazo lo superas con un fármaco. Pero a largo plazo, vas a estar más predispuesto a volver a desarrollar otra vez el mismo trastorno".*

### **Jóvenes y niños:**

A AFDA también acuden personas jóvenes que presentan síntomas de la depresión. **P1:** *"Los casos que se dan de menores tienen que ver con temas de adaptabilidad al entorno y a cómo es la relación con los grupos de iguales". "Por temas de sociedad, de rechazo y de bullying".*

El hecho de tener unas aspiraciones muy claras, ser muy exigentes consigo mismos y exigirse un grado de perfección muy alto en aquello que hacen, puede favorecer la aparición de la depresión en los jóvenes. **P1:** *"Por ser demasiado perfeccionistas y tener un punto de exigencia consigo mismos muy alto, querer sacar buenas notas y tener que cumplir con sus aspiraciones... Ese nivel de perfeccionamiento llega un momento que les ahoga".*

Los diagnósticos en los niños podrían ser más numerosos por el simple hecho de que los padres están muy pendientes de que sus hijos estén sanos y de que reciban todos los servicios y recursos que precisen, en función de las necesidades que tengan. **P2:** *"Yo creo que sobre los niños, solemos estar más pendientes tanto en el colegio como en otros organismos. Los padres, muchas veces, accedemos a cualquier recurso mucho antes de lo que accederíamos para nosotros mismos. Yo creo que hay más previsión con estos".*

### **Profesionales y Sensibilización:**

Una persona que se siente mal porque padece un trastorno depresivo y no es consciente de ello, que acude al médico de atención primaria y que es atendida brevemente, difícilmente puede ser diagnosticada y tratada de manera integral, recibiendo un servicio adecuado y de calidad. **P2:** *"Pasan muy poco tiempo en la consulta del médico y son medicados precipitadamente a veces. Reciben una prescripción de un antidepresivo, sin tener un diagnóstico claro o una evolución".*

Además, depende de la vocación de cada profesional y de sus valores, principios y actitudes. **P1:** *"Hay gente más o menos sensibilizada con el tema, que se presta a hablar sobre recursos de estas características, para atender a la gente de una manera más integral".* **P2:** *"El problema ya no es del propio profesional, es del colapso que hay en el Sistema Nacional de Salud".*

### **Información al usuario:**

Algunas personas con depresión y sus familiares, reciben información escasa sobre el trastorno cuando son diagnosticados. **P1:** *"La gente no está muy bien informada. Cuando llegan aquí nos encontramos que tienen una gran laguna".*

Hay personas que consultan libros, manuales específicos sobre el trastorno, autobiografías y diversos documentos de páginas de internet. Ser autodidacta en este sentido, puede provocar que se auto-diagnostiquen erróneamente y que crean que tienen un trastorno o una enfermedad que no existe realmente, aunque haya síntomas que coincidan. **P1:** *"Luego está internet, que por un lado es algo muy útil pero tiene sus peligros porque la gente tiende a mirar, a informarse y a hacer sus juicios".*

Desde el ámbito público no se dedica suficiente tiempo a informar a las personas y a prevenir este tipo de enfermedades y las consiguientes repercusiones que puede generar (ámbito personal, familiar, laboral, social, etc.). **P1:** *"Yo creo que por falta de tiempo, la verdad".*

Pocas personas acuden a la Asociación para prevenir el trastorno. **P1:** *"La mayoría vienen cuando lo padecen ya".*

### **Calidad de los servicios públicos:**

Los servicios que se prestan desde el ámbito público son escasos y deficitarios. **P1:** *"En relación a la salud mental, los servicios no son de calidad". "La salud mental nunca ha estado demasiado incluida en los planes de la salud, en general". "Es un servicio social especializado muy deficitario tanto a nivel político o como inversión económica".*

Desde AFDA se reclama la necesidad de que todas las personas afectadas por depresión y familiares, pudiesen acceder a estos servicios de manera gratuita desde el ámbito público. **P1:** *"Sería deseable que fueran accesibles gratuitamente a todas las personas desde el ámbito público".* **P2:** *"Muchas más personas con este trastorno podrían acceder a estos servicios desde el ámbito público y combinar un tratamiento farmacológico con uno psicoterapéutico,*



*independientemente de los recursos económicos que dispongan". "Lo ideal sería prestar una mayor oferta de estos servicios, los mismos que ofrecemos nosotros, pero para más personas".*

### **Integración:**

Las personas que padecen depresión tienden a aislarse y a limitar mucho su interacción. **P1:** *"Todas las características de la depresión provocan una sensación de inhibición, de apatía, de aislamiento... que complican mucho la interacción".* Por ello, desde la Asociación se trabaja en grupos a través de talleres de psicoterapia, para crear vínculos sociales y un espacio donde puedan expresarse, interactuar y empatizar estas personas. Paralelamente, reciben orientación, asesoramiento y un seguimiento continuado. **P2:** *"Es una de las cosas por las que lucha la depresión, poder tener actividades en grupo, que sean agradables y donde puedan sentir ese apoyo de personas que son afines a ti".* **P1:** *"No tienen una participación muy activa a nivel político, social..."*.

Desde AFDA se trabaja la integración de estas personas en sociedad, su rehabilitación. **P2:** *"La integración es una pequeña parte que trabajamos en la asociación". "Son actividades que intentan crear un poco de tejido social a nivel de barrio, a nivel de ciudad".*

### **Género:**

Hay más mujeres con el trastorno, pero no hay una diferencia muy significativa respecto a los hombres, por lo menos en AFDA. **P2:** *"Sí que hay mayor incidencia en mujeres adultas. A partir de la adolescencia se distingue que afecta a más mujeres que hombres". "También por los roles que asume cada sexo".* **P1:** *"Socialmente, las mujeres han asumido el rol de cuidadoras informales". "Además ahora las mujeres trabajan, por lo que tienen aún más responsabilidades y son un grupo de riesgo para padecer una depresión".*

En los hombres, se aprecia que tienen menos tendencia a expresar sus sentimientos, más dificultades para compartir sus emociones. **P2:** *"Suplen esa ausencia de expresión con la realización de actividades que liberen adrenalina".*

*"Tienden al consumo de tóxicos para mejorar su bienestar personal... La Hipótesis de la automedicación que dice que se provoca una alteración de la regulación de los procesos de analgesia, homeostasia, vida afectiva, actividad cognitiva..."*

### **Tendencia al suicidio:**

Ha aumentado la tendencia al suicidio. Las personas con depresión que están más afectadas tienen a ver esta opción como la única vía de escape a ese sufrimiento que genera la depresión. **P1:** *"Sí que ha aumentado significativamente el número de personas que se plantean el suicidio... Eso sí que hemos observado. De hecho, estamos trabajando en un proyecto para la prevención del suicidio..."*

### **Necesidades no contempladas y propuestas de mejora:**

Se necesita que se preste más apoyo a estas personas, que se es informe mejor (pacientes y familiares), se les proporcionen tratamientos adecuados y prolongados en el tiempo, se les realice un seguimiento. **P1:** *"Necesidades de Apoyo, de formación... Son aspectos que se van cubriendo desde la Asociación pero hace falta más"*

Se necesita ampliar la atención y los recursos. **P1:** *"Realizar proyectos dirigidos a personas mayores, realizar proyectos dirigidos a escuelas e institutos..."*

Desde AFDA se intenta cubrir una carencia pública, demandada por los pacientes. **P1:** *"Necesitamos una mayor financiación, tanto para la difusión del recurso y sensibilización como para la contratación de más profesionales y cubrir a más personas abarcando más áreas"*

Es necesario mejorar los servicios existentes, prestando una atención más integral. **P2:** *"Es necesario aumentar los recursos pero sin perder calidad"*. **P1:** *"Prevención del trastorno, Formación transversal, Prevención del suicidio"*

En cuanto al ámbito público, favorecer una mejor coordinación. **P1:** *"La coordinación es insuficiente"*. *"Es desastrosa"*. Se necesita convocar subvenciones en unos plazos concretos para poder concretar la financiación y

saber la cuantía económica total de la que dispone anualmente la organización y adaptar el presupuesto.

Se analizarán en esta ocasión, los nodos anteriormente mencionados a partir de la información proporcionada por los usuarios de AFDA en las entrevistas.

<b>U1</b>	<b>Usuario 1</b>	<b>Mujer</b>	<b>Adulta</b>
<b>U2</b>	<b>Usuario 2</b>	<b>Mujer</b>	<b>Adulta mayor</b>
<b>U3</b>	<b>Usuario 3</b>	<b>Mujer</b>	<b>Adulta</b>

### **Acceso a AFDA:**

Las personas entrevistadas son socias y usuarias de AFDA que accedieron al recurso, tras verlo en hospitales y centros de Salud de Zaragoza. Sus momentos de incorporación a la Asociación son variables. **U1:** *"Yo llevaré un año más o menos". "Sencillamente yo lo leí y dije, pues voy a probarlo".* **U2:** *"Lo vi en el Clínico". "Llevo mucho tiempo".* **U3:** *"Lo vi en el Centro de Salud de mi barrio". "Llevo tan solo un mes".*

### **Servicio de Apoyo y asesoramiento profesional. BENEFICIOS:**

La actuación profesional que se presta desde AFDA, por parte del psicólogo y del trabajador social es de calidad y de ello, hay constancia en las entrevistas. **U2:** *"A mí me ha ayudado mucho la verdad". "Se preocupan bastante por nosotros".* **U1:** *"Aparte de la terapia grupal, tenemos individual".* Además, resulta muy económico ser socio de la Asociación. **U2:** *"Te cobran muy poco en relación a lo que cobran en lo privado".*

Los profesionales de AFDA son muy céleres a la hora de atender a sus usuarios. **U1:** *"Te dan cita rápidamente. A lo mejor llamas y para mañana o pasado, ya tienes hora".* **U2:** *"A veces incluso en el mismo día".*

Los servicios que se ofrecen desde la Asociación (atenciones individuales, grupos de terapia, información, formación, orientación y asesoramiento) resultan muy favorables para las personas con depresión y para sus familiares.

**U2:** *"Nos ayudan mucho los profesionales".* **U1:** *"Claro que nos ayudan los servicios que hay aquí".*

Las actividades (talleres en grupo) favorecen la interacción de los asistentes y su integración social en grupos específicos, constituidos por personas que padecen directa e indirectamente, un trastorno depresivo.

**U1:** *"Vas conociendo a la gente, gente de todas las edades".* **U2:** *"Nos ayuda porque como también salimos de aquí más relajadas porque hemos hablado y nos hemos entendido las unas con las otras... Ya salimos, no viendo todo tan negro ni sintiéndonos tan mal".* *"Eso ya es positivo porque luego funcionas mucho mejor en tu entorno".*

**U1:** *"Si hablas con personas que entienden tu situación, yo creo que te desahogas, bastante. Y te encuentras luego mejor".*

Sienten que encajan en un grupo y que comparten sus sentimientos, emociones, actitudes frente a determinadas situaciones que les causan malestar y que son comprendidos por los demás.

**U1:** *"Los profesionales nos hacen ver cómo son las cosas, que aunque nos sintamos mal, nos ayudan ellos a intentar salir un poco hacia fuera. Porque, si nos encogemos y nos metemos hacia dentro, no salimos adelante".* **U2:** *"Nos hacen ver que entre todos los pacientes que estamos aquí en la terapia pues, que no estamos solos".* *"Hay mucha gente que también les pasa".* *"Es fundamental un grupo de autoayuda para superar la depresión".*

Algunos usuarios de AFDA, están trabajando en un huerto que han alquilado desde la Asociación.

**U1:** *"Hemos cogido un huerto y estamos plantando tomates, lechugas...".* **U2:** *"Un motivo suficiente para poder salir...".* **U1:** *"Te relacionas y haces algo en común que te mantenga ocupada y que además, que te agrada".*

### **Percepción de la depresión. Usuarios:**

Las personas entrevistadas padecen depresión desde hace varios años, a temporadas. **U2:** *"Empecé y empecé y a temporadas"*.

Lo describen como algo horrible que conduce a un constante malestar y sufrimiento. **U1:** *"Te sientes triste, decaído, mucha angustia"*. **U2:** *"Es horrible, es malestar y sufrimiento"*. *"Angustia. Gran tristeza y ansiedad"*. *"Es un sufrimiento, no es dolor; la depresión es sufrimiento"*. *"Esta enfermedad desgraciada"*.

Los síntomas de la depresión conducen al decaimiento, constante rumiación interna, inactividad. **U2:** *"Te baja mucho el estado de ánimo"*. *"Te hace mucho daño y mal"*. **U1:** *"Lo vemos todo negro, oscuro, todo está mal"*. **U2:** *"Sin ganas, sin ilusión. Todo mucho peor"*. **U1:** *"Vemos lo peor de las cosas. En vez de intentar sacar lo bueno, siempre vamos a lo peor. Y aún lo vemos más negro todavía"*. **U3:** *"Cualquier problemática, lo hacemos una montaña"*.

También es frecuente que estas personas tiendan a anular sus interacciones sociales y a aislarse. Caen en un círculo vicioso de apatía- inactividad. **U1:** *"Te encuentras sola"*. **U2:** *"Yo he perdido muchas amistades porque me aísla cuando estoy mal, no quiero que me vean, no llamo a nadie y la gente pues, vas perdiendo amistades porque te vas retrayendo"*. *"A mí me pasa, me cambio de acera para no tener que pararme con nadie"*. **U3:** *"La depresión te aísla"*. *"Si no tienes a nadie con quien hablar, en mi caso, estoy sola, no tengo a nadie y paso todo el día sola en casa. Eso repercute, bastante. Es necesario tener a alguien con quien hablar"*. **U2:** *"Yo tengo compañía y me siento igual de mal que si estuviera sola"*. **U3:** *"Hay personas que se piensan que eso es así. Se han acostumbrado a vivir así y piensan que no hay otro plan de vida. Además, suelen ser personas que tienden a ser muy solitarias"*.

### **Dificultades:**

Algunos de ellos están atravesando situaciones laborales y económicas complicadas o tienen problemas personales o familiares que inciden sobre la

depresión y la agravan. **U3**: *"Si yo solamente he sabido trabajar y criar a mis hijos. Ahora no tengo hijos, no tengo marido y no tengo trabajo"*.

La depresión repercute directamente en el rendimiento en el trabajo. Por un lado influyen los síntomas depresivos pero por otro, si se están tomando psicofármacos afectan a la capacidad de memoria y de atención; producen somnolencia. **U3**: *"No puedo trabajar. Tomo una medicación muy fuerte que me impide conducir el autobús, no puedo trabajar tomando la medicación porque pongo en riesgo a las personas"*. **U2**: *"Te cuesta mucho más. No rindes de la misma manera en el trabajo. Ni puedes"*. **U1**: *"Yo cuando estaba trabajando me sentía mejor porque, el contacto con la gente del trabajo, aunque era muy estresante, me encontraba mejor. Lo que pasa que claro, una vez terminada la jornada laboral te da el bajón"*.

Se encuentran dificultades a la hora de ser atendidos desde el Sistema de Salud. **U2**: *"Son buenos los médicos, pero como tienen que coger a tantos pacientes pues no pueden perder tiempo contigo"*. **U3**: *"Yo noto que te escuchan, pero están pensando en otra cosa"*. *"El médico te tiene que transmitir confianza y no lo hace"*.

Reclaman necesidad de más servicios y de mayor atención profesional a las personas que padecen depresión desde el ámbito público. **U3**: *"El psiquiatra...y el psicólogo no me lo han puesto aún"*. **U1**: *"Si te dan psiquiatra y te dan medicación, el psicólogo no te puede atender porque tú te estás tomando medicación y eso es la unidad de psiquiatría. Entonces el psicólogo no te atiende"*. **U2**: *"El psicólogo en la Seguridad Social, nada"*.

### **Percepción de la enfermedad desde al ámbito familiar y social:**

Algunas personas se sienten apoyadas por sus familias o perciben que sus grupos primarios intentan adaptarse a la situación por la que están pasando. **U1**: *"Hay algún familiar que no entiende el motivo por el cual estamos así y hay otros familiares que, aunque no lo entienden nos apoyan. Entonces claro, pues hay un poco de todo. Lo que yo pienso es que, muchas veces, se cansan. Lo ven*

*como algo que no acaba...". U2: "Yo mi marido, mis hijos, sí lo intentan". U3: "Hay de todo".*

También se menciona que la depresión es una enfermedad compleja que no todo el mundo es capaz de entender. **U1:** *"Lo que pasa es que, hay mucha gente que no lo entiende, lo de estar enfermo".* **U2:** *"Esta enfermedad no la entiende cualquiera".* **U3:** *"Hay personas que piensan que son tonterías, son chorradas pero no lo son. Es una enfermedad real que no se entiende hasta que no se padece".*

### **Diagnóstico y Tratamiento:**

La depresión es un trastorno que llevan arrastrando estas personas desde hace mucho tiempo. **U1:** *"Con la enfermedad ya llevo 17 años".* **U2:** *"Hace ya muchos años que tengo depresión y a temporadas".* **U3:** *"Llevo con depresión tres o cuatro meses pero, ya la tuve anteriormente. Siempre la he llevado arrastrando".*

Consideran que la atención que se presta desde el Sistema Público de Salud es escasa y el seguimiento no es continuado. **U1:** *"De visita a visita es muy largo".* **U2:** *"Te cogen cinco minutos y hasta dentro de tres meses".*

En los casos más urgentes, suelen dar medicación pero no una atención individualizada y continuada. **U2:** *"En la Seguridad Social poco hacen".* **U1:** *"Te encuentras muy mal muy mal y en ese momento ¿a dónde vas? Te vas a urgencias y en urgencias ¿qué hacen? Pues darte tranquilizantes y ya está".*

A estas personas entrevistadas, se les diagnosticó la depresión tras llevar bastante tiempo sufriendola. **U1:** *"Yo estado acumulando la depresión durante muchísimos años".* **U2:** *"Me la diagnosticaron los médicos hace mucho tiempo ya".* **U3:** *"Me vieron los médicos de atención primaria pero no me diagnosticaron nada".*

Algunos de ellos, han acudido a instituciones o servicios privados para buscar soluciones frente a la depresión. **U1:** *"Llevo muchos años y no han dado con la medicación adecuada. He tenido que ir a particular pero lo tuve que dejar, por*

aspectos económicos porque cobran muchísimo". **U2:** "Me se toda la información porque ya he consultado muchos médicos y muchos dineros que me he gastado para nada. Sigo mal".

A veces, desde el ámbito público no se ofrecen soluciones para estas personas.

**U3:** "Yo voy por la psiquiatra de la Seguridad Social y me quiere dar el alta ya. Con una prisa tremenda y sin solución a mi enfermedad. Si me va a ocurrir lo mismo cuando vuelva al trabajo".

### **Calidad de los servicios públicos:**

Se consideran que la calidad de los servicios públicos es mejorable. **U1:** "No son suficientes, son más bien escasos". **U3:** "Escasos e insuficientes". "Yo hace diez años tuve la depresión por problemas familiares, el psiquiatra me dio el alta y lo que tuve que hacer fue pedir una excedencia. Y eso que antes, fregaba en la universidad. Que para coger una fregona no hace falta tanto..."

### **Grado de satisfacción de los usuarios con AFDA:**

Están muy satisfechos y contentos con los servicios que se ofrecen desde AFDA y con la atención y el apoyo profesional que reciben. **U1:** "P1 y P2 son personas muy competentes y muy majos. No sólo porque sean agradables sino porque son muy buenos profesionales y entienden mucho. Nos enseñan mucho".

Además, desde la Asociación reciben cursos de formación que les resultan muy útiles de cara a entender, afrontar y recuperarse de la enfermedad. **U1:** "Ahora nos van a hacer lo de estar presentes (Mindfulness), que es un taller para aprender a vivir la realidad". **U2:** "Nos hacen muchos cursos, se encargan de buscar profesionales, gente competente y que nos enseñe a hacer cosas para estar mejor con nosotros mismos y al estar mejor con nosotros mismos, lo estamos con nuestra enfermedad".

### **Etiología de la depresión:**

Las causas de la depresión pueden ser muy diversas. **U1:** "Cada uno tenemos nuestras causas". **U2:** "A raíz de tener a mi hija, tuve un cambio de hormonas y se desencadenó la depresión". **U3:** "Después del parto tienes una depresión, yo



*no lo sabía hasta que me recuperé". U2: "Me han explicado lo de los niveles de serotonina y noradrenalina".*

### **Profesionales y Sensibilización:**

Consideran que es necesario concienciar más a la población sobre el trastorno y sobre las repercusiones que produce. U1: *"Es una enfermedad que no se ha hablado, era como tabú. "Aún hoy en día, con lo avanzado que está todo, hay a personas que se lo comentas y te dicen que son tonterías".*

### **Información al usuario:**

Las fuentes de información son muy diversas y depende de los profesionales que les hayan atendido en los centros médicos. U2: *"A mí sí, he leído muchos libros y me han explicado lo que me está pasando". U3: "No me ha llegado información aún y llevo diez años arrastrando la depresión y sólo cuatro meses siendo consciente de la enfermedad". U1: "En mi caso, ha sido porque me he metido a internet, me comprado algún libro pero porque me lo hayan explicado los médicos no".*

### **Necesidades de los usuarios:**

Requieren de más información. U1: *"Que nos den más información, que nos expliquen las cosas como son. Porque claro, cuando te da el ataque de ansiedad, a cada persona nos da de diferente forma. Hay a gente que le da pánico, que le da mucho miedo una cosa. A otros les da por llorar".*

Consideran que es necesario ofrecer servicios como los de AFDA desde el ámbito público, para que muchas más personas se puedan beneficiar de los tratamientos psicodinámicos. U2: *"Podían poner grupos de terapia en la Seguridad Social, psicólogos todas las semanas, cada quince días... Cuando estás en pleno bajón y no hay nada".*

Necesidad de un mayor apoyo social y de dar a conocer la enfermedad socialmente para que se comprenda a las personas que están afectadas por este trastorno. **U1:** *"Se va sabiendo pero yo creo que debería haber, deberían de ofrecer más información. Sí porque si no, pues piensan que esto es una tontería".* **U2:** *"Ya van sabiendo, ya se va sabiendo. No es una tontería, es una enfermedad".*

## **CONCLUSIONES.**

Se percibe una mayor prevalencia de la depresión en mujeres que en hombres.

Hay un mayor número de mujeres afectadas por trastornos depresivos respecto a los hombres, pero dicha diferencia no es significativa; por lo menos, no en AFDA.

Las necesidades de las personas con depresión son las mismas, independientemente del género y de la edad de los individuos que la sufren.

El contexto económico, político y social de crisis afecta y favorece la aparición y el agravamiento del trastorno depresivo.

Es ahora cuando se está empezando a concienciar a la población de que la depresión es una enfermedad común y generalizada.

Se reclama la necesidad de dar a conocer en mayor profundidad este trastorno.

Se necesita aumentar su difusión y conocimiento al resto de la población.

Es importantísimo que se informe a las personas adecuadamente del trastorno, de los efectos y las consecuencias que produce esta enfermedad a nivel personal, familiar, laboral y social.

Es una enfermedad y un trastorno que incapacita a las personas y les dificulta su ritmo de vida porque provoca una inactividad que conduce a ausencia de interacciones, aislamiento, apatía, soledad y en última instancia, al suicidio.

La persona con depresión no se siente lo suficientemente apoyada por su entorno en la mayoría de los casos. Algunos sí se sienten apoyados pero no comprendidos por sus familiares y amigos.

El apoyo social es un aspecto importante para prevenir la depresión pero no necesariamente favorece su no aparición. Es decir, puede que una persona tenga suficiente apoyo social y familiar pero padezca la depresión igual que una persona que no dispone de tal apoyo.

El entorno y las personas con las que los afectados por depresión interactúan, no favorece que se sientan comprendidos y cómodos en esos entornos.

Sienten que son tratados como personas que no tienen una enfermedad real y que no valen para realizar ninguna tarea. Supone dificultades de concentración, memoria, atención, somnolencia, inactividad.

Es necesario que se oriente y asesore adecuadamente sobre el propio trastorno y sobre los posibles tratamientos y estrategias a los que se puede recurrir, para mejorar su salud mental y física y su calidad de vida (y la de su entorno más cercano).

Hay que informar a las personas para poder prevenir los trastornos depresivos y conocer los tratamientos existentes.

Es importante que se sepa qué es la depresión y qué repercusiones supone tanto para el propio afectado como para su familia.

Muchas veces las personas con depresión no comprenden ni son conscientes de las repercusiones sociales que produce la convivencia con una persona enferma de depresión. Supone serias repercusiones familiares y sociales.

Afecta también al rendimiento en el trabajo y a la interacción con otras personas.

Se tiende a evitar cualquier actividad e interacción.

Hay que concienciar a la población de que es una enfermedad que cada vez afecta a más personas, de ambos sexos.

Se percibe un incremento de los síntomas depresivos consecuencia de la crisis económica que estamos atravesando.

También ha aumentado la tendencia al suicidio en el último año.

No hay que estigmatizar a las personas que la padecen y hay que normalizar la concepción que se tienen de esta enfermedad.

Hay que dar a conocer este trastorno para que estas personas se sientan más comprendidas, más integradas y menos vulnerables.

No se proporciona suficiente información desde el ámbito público por ausencia de tiempo, de recursos y de presupuesto.

La crisis económica favorece la aparición de la depresión. Crea una situación de pobreza que hace muy vulnerables a la depresión a aquéllos que atraviesan dificultades económicas por cuestiones de ausencia de empleo.

Muchas de las personas que están en AFDA se ven afectadas, además de por la propia enfermedad, porque se suman situaciones de desempleo, problemas personales o familiares y por supuesto, problemas económicos que les afectan directamente a ellos y/o a sus familias.

Los servicios que se proporcionan desde AFDA fomentan la formación, la orientación, el asesoramiento y el apoyo mutuo.

También se investiga para introducir mejoras en el ámbito de la Salud Mental desde el Trabajo social, la Psicología y la Psiquiatría.

Se necesita combinar tratamientos farmacológicos con psicodinámicos y psicoterapéuticos.

Por supuesto, la función del trabajador social es imprescindible de cara a prestar atención individualizada (trabajo social individual, grupal y comunitario).

Desde AFDA se ofrecen tratamientos psicoterapéuticos y psicosociales a sus socios y usuarios que resultan muy útiles para que las personas adopten estrategias de afrontamiento de las situaciones difíciles que atraviesan y para prevenir recaídas.

Es imprescindible también la función que desempeña el psicólogo.

Se requiere de intervenciones coordinadas y de colaboración entre profesionales cualificados en el Área de la Salud Mental.

## **PROPUESTA DE UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL**

A continuación, se describe una propuesta de una intervención social dirigida a sensibilizar y concienciar a la población sobre la necesidad de dar a conocer los trastornos depresivos y las repercusiones que ocasiona en la persona que la sufre y en su núcleo socio-familiar.

*Proyecto para aumentar la sensibilización social hacia las personas que sufren depresión en Aragón fomentando una mayor concienciación social en la población universitaria de la ciudad de Zaragoza.*

### **ANÁLISIS DE LA REALIDAD**

Lo que se pretende con este proyecto de intervención social es concienciar a la población aragonesa de que los trastornos depresivos están presentes cada vez en mayor medida en los ciudadanos españoles y aragoneses y, que afectan a un mayor número de individuos independientemente del sexo y de la edad que tengan los mismos.

La situación de crisis económica favorece la aparición de la depresión en la población y agrava también los síntomas de las personas que ya la padecen, causando serias repercusiones sociales y familiares en los individuos afectados por trastornos depresivos. Además, la depresión es una enfermedad mental que aunque predomina en el sexo femenino a partir de la adolescencia, está afectando indistintamente a hombres y mujeres en la actualidad.

Cualquier persona puede padecer una depresión y requerir que los profesionales de diversos ámbitos (educativo, sanitario, social, etc.) estén formados para detectar posibles síntomas depresivos en sus usuarios y así, poder derivarlos a centros públicos donde se les pueda realizar un diagnóstico adecuado o a entidades del Tercer Sector como por ejemplo AFDA, donde se les presten servicios adecuados a las necesidades que precisan para mejorar su bienestar personal y su calidad de vida evitando que lleguen a cometer conductas autodestructivas como es la tendencia suicida; se ha producido un notable

incremento del número de personas que acaban con su vida porque no disponen del apoyo social y profesional suficiente para recuperarse de su enfermedad y rehabilitarse.

Por ello, se propone llevar a cabo una serie de acciones dirigidas a favorecer un mayor grado de sensibilización y concienciación sociales entre los universitarios y paralelamente, ofrecer información sobre los trastornos depresivos para dar a conocer en mayor profundidad este trastorno y normalizar los efectos y repercusiones que produce en las personas que lo padecen y en su entorno socio-familiar.

Se considera necesario dotar a estas personas universitarias todavía en formación, de unos conocimientos mínimos para poder actuar con responsabilidad cuando asuman puestos de trabajo relacionados con los ámbitos mencionados (Educación, Salud, Servicios Sociales) además de diseñar intervenciones para paliar o modificar este tipo de problemáticas desde los diferentes campos de actuación.

## **JUSTIFICACIÓN**

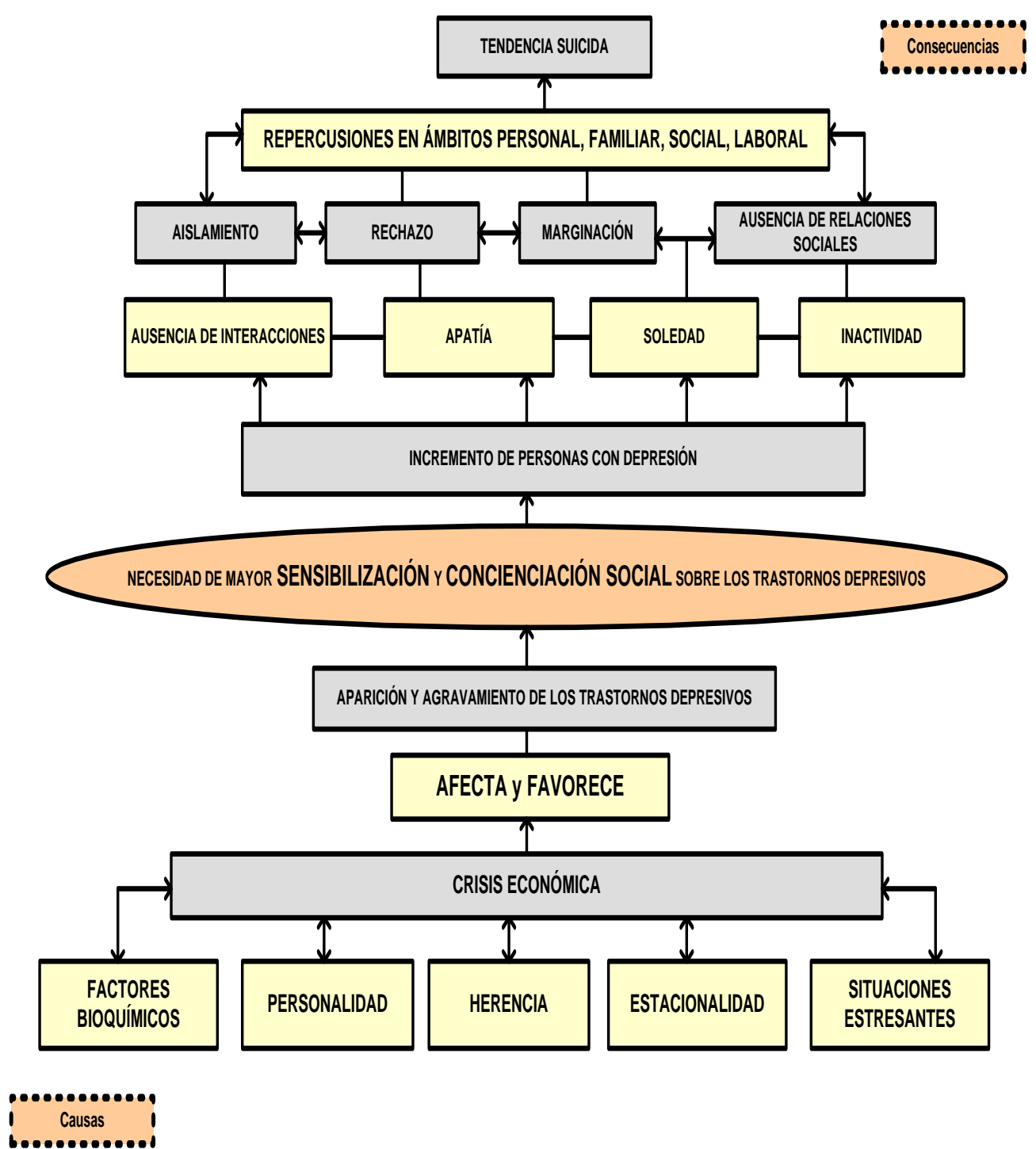
Este proyecto se plantea tras la realización de la investigación social realizada durante los meses de febrero a junio en el año 2012 por una estudiante de Trabajo Social de cuarto curso. El grupo motor son los propios profesionales de la Asociación de Familiares y Enfermos con Depresión en Aragón (AFDA), el trabajador social y el psicólogo. Esta intervención se desarrollará desde el mes de noviembre de 2012 hasta el mes de junio de 2013.

Tras la evaluación de las necesidades de las personas con depresión pertenecientes a esta Asociación y tras haber analizado las repercusiones sociales que produce, se considera que es vital dotar a la población de un mayor conocimiento sobre este tipo de enfermedad y difundir que existen recursos sociales que atienden desde el Tercer Sector, a este tipo de colectivos en situación de riesgo. Son personas que sufren una enfermedad mental y que además, bien como la causa de la depresión o como una consecuencia directa de trastorno, atraviesan situaciones problemáticas de carácter personal,

económico y laboral, que inciden sobre la depresión y agravan sus síntomas en un momento tan complicado como el que estamos atravesando de crisis económica, política y social.

Este proyecto se plantea tras el análisis de las causas y consecuencias determinadas en dicha investigación social.

Árbol de causas-consecuencias





## **OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

1. Aumentar el grado de conocimiento sobre los trastornos depresivos en los estudiantes universitarios de la ciudad de Zaragoza.

1.1. Favorecer una mayor difusión y conocimiento sobre los trastornos depresivos.

1.2. Dar a conocer la función que desarrolla AFDA en la Comunidad Autónoma de Aragón como recurso social del Tercer Sector.

1.3. Informar sobre los síntomas más característicos que se manifiestan en los sujetos que padecen depresión y sobre la importancia de su diagnóstico temprano.

1.4. Dar a conocer las repercusiones que ocasiona este trastorno a nivel personal, social y familiar.

1.5. Informar sobre cómo repercute a nivel laboral la depresión a la hora de desempeñar un puesto de trabajo o una actividad específica que requiera concentración.

1.6. Explicar la relación existente entre ausencia de recursos económicos, influencia del estatus socio-económico al que se pertenece y manifestación de la depresión en un momento de crisis económica.

2. Favorecer una mayor concienciación social y comprensión sobre los trastornos depresivos.

2.1. Dar a conocer las necesidades que manifiestan estas personas a nivel personal, familiar, social.

2.2. Informar sobre los potenciales factores de riesgo que están favoreciendo la manifestación o agravamiento de la depresión en un momento de crisis económica.

2.3. Informar sobre los factores protectores que favorecen la recuperación y la integración de estas personas en la sociedad.

- 2.4. Informar sobre la necesidad de normalizar estas situaciones de depresión que cada vez se dan en un mayor número de personas.
- 2.5. Dar conocer que cualquier persona es vulnerable de padecer un trastorno depresivo independientemente de su nivel económico, edad y sexo.
- 2.6. Informar sobre el notable aumento de la tendencia suicida y sobre la necesidad de prevenir estas conductas asociadas a la depresión mediante el diseño de proyectos, planes y programas desde los servicios públicos y desde el Trabajo Social y otras áreas relacionadas.
- 2.7. Informar sobre la posibilidad de ser voluntarios de AFDA y socios de la misma.

## **METAS Y PROPÓSITOS**

Lograr que la población de estudiantes universitarios de Zaragoza disponga de un mayor conocimiento sobre la depresión y sus repercusiones, fomentando que se conozca más sobre el trastorno y se normalice la situación en la que viven las personas con depresión en Zaragoza.

Dotar a los futuros profesionales de un mayor conocimiento sobre el trastorno para poder reconocer los síntomas asociados al mismo y prever posibles situaciones de depresión en las personas que ellos puedan atender cuando desempeñen su puesto de trabajo (niños y jóvenes en las escuelas e institutos, adultos y ancianos en los centros de salud o en los servicios sociales, en otras entidades...).

Favorecer que la población universitaria se involucre y se sensibilice tomando conciencia de que la depresión se puede tratar y puede afectar a cualquier persona indistintamente del género, la edad y el estatus al que se pertenezca.

Dar a conocer la función que realiza AFDA ante la ausencia de recursos públicos prestando servicios de calidad desde el Tercer Sector.

Aumentar el número de personas que conocen el recurso social de AFDA para que puedan beneficiarse de los servicios que se ofrecen desde la Asociación o participar como voluntarios o socios.

## **ACTIVIDADES Y TAREAS**

Para lograr los dos objetivos generales que se proponen y los consiguientes objetivos específicos, se van a realizar unas sesiones informativas (charlas) en las Facultades de Medicina, Educación, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y del Trabajo. Se realizarán las charlas desde el mes de febrero hasta el mes de mayo de 2013 y se ejecutarán la primera semana de cada mes, los miércoles a las 19.00 horas en los espacios cedidos por cada Facultad.

La primera sesión informativa se realizará en la Facultad de Medicina el primer miércoles del mes de febrero. La segunda charla será en la Facultad de Educación en el mes de marzo. La tercera, en la Facultad de Ciencias de la Salud en el mes de abril y la cuarta, el primer miércoles del mes de mayo en la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.

En el mes de noviembre de 2012 se contactará con cada Facultad para solicitar realizar esta actividad y se acordará cómo se va a llevar a cabo a lo largo de los meses de noviembre y diciembre. Se analizarán los recursos económicos y materiales que se requieren para ejecutar la actividad mencionada y se valorará el coste total que supone poner en práctica dicho proyecto de intervención social.

Las tareas que se deberán desarrollar serán las siguientes:

- Contacto telefónico con los responsables de cada Facultad para concretar la posibilidad de llevar a cabo esta actividad.
- Acordar donde se va a desarrollar cada charla, horario y espacio en el que se realizará la actividad de manera mensual en cada Facultad.
- Acordar cómo se van a financiar estas actividades y si existe la posibilidad de ceder alguna de las aulas de las Facultades para que los costes sean mínimos.

También habrá que pensar cómo se va a difundir esta actividad. Para ello, una vez se haya acordado con cada Facultad cómo se va a desarrollar cada encuentro (horario, espacio y costes) se diseñará un cartel en el que aparezca la información necesaria para poder inscribirse en la actividad vía correo electrónico o por teléfono. Se especificará en dicho cartel los horarios y día del encuentro en cada Facultad, los requisitos para acceso a la sesión (ser miembro del ámbito universitario) y la forma de contactar con los profesionales que lo imparten (número de teléfono y correo electrónico de la Asociación).

Las tareas que se deberán desarrollar para llevar a cabo esta actividad son las siguientes:

- Diseñar los carteles e imprimirlos.
- Publicitar las charlas en las Facultades depositando los carteles en las mismas.
- Solicitar inscripción mediante un correo electrónico.

## **TEMPORALIZACIÓN**

Se trata de un proyecto de intervención social dirigido a sensibilizar y concienciar a la población del ámbito universitario de Zaragoza, sobre los trastornos depresivos y sus repercusiones.

Se distinguen cinco actividades que se llevarán a cabo desde noviembre de 2012 a junio de 2013:

- 1.** Organización y planificación de cómo se va a diseñar la intervención y cómo se van a realizar las charlas en cada Facultad.
- 2.** Diseño de los carteles para publicitar las charlas en las Facultades.
- 3.** Difusión de la actividad e inscripción a la misma.
- 4.** Desarrollo de las sesiones informativas mensualmente en cada Facultad.
- 5.** Evaluación del proceso seguido.

A continuación se describen cada una de las actividades que se van a ejecutar desglosadas por tareas:

<b>ACTIVIDAD 1</b>	
ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE CÓMO SE VA A DISEÑAR LA INTERVENCIÓN Y SE VAN A REALIZAR LAS CHARLAS EN CADA FACULTAD.	
<b>TEMPORALIZACIÓN TAREAS</b>	
<b>Tarea 1</b>	
Contacto telefónico con los responsables de cada Facultad para concretar la posibilidad de llevar a cabo esta actividad.	Durante el mes de noviembre de 2012.
<b>Tarea 2</b>	
Acordar donde se va a desarrollar cada charla, horario y espacio en el que se realizará la actividad de manera mensual.	Durante el mes de noviembre y el mes de diciembre de 2012.
<b>Tarea 3</b>	
Acordar cómo se van a financiar estas actividades y si existe la posibilidad de ceder alguna de las aulas de las Facultades para minimizar los costes.	Durante el mes de noviembre y el mes de diciembre de 2012.

<b>ACTIVIDAD 2</b>	
DISEÑO DE LOS CARTELES PARA PUBLICITAR LAS CHARLAS EN LAS FACULTADES.	
<b>TEMPORALIZACIÓN TAREAS</b>	
<b>Tarea 4</b>	
Diseñar los carteles e imprimirlos.	Durante el mes de diciembre de 2012.
<b>Tarea 5</b>	
Contactar con las Facultades involucradas y solicitar que se depositen en ella los correspondientes carteles para publicitar las sesiones informativas (charlas).	Finales del mes de diciembre de 2012.

<b>ACTIVIDAD 3</b>	
DIFUSIÓN DE LA ACTIVIDAD E INSCRIPCIÓN A LA MISMA.	
<b>TEMPORALIZACIÓN TAREAS</b>	
<b>Tarea 6</b>	
Difusión de las charlas en las Facultades.	Desde el mes de enero hasta el mes de abril.
<b>Tarea 7</b>	
Solicitar inscripción mediante correo electrónico.	Desde el mes de enero de 2012 hasta finales abril 2013.

<b>ACTIVIDAD 4</b>	
EJECUCIÓN DE LAS SESIONES INFORMATIVAS MENSUALMENTE EN CADA FACULTAD.	
<b>TEMPORALIZACIÓN TAREAS</b>	
<b>Tarea 8</b>	
Desarrollo de las charlas el primer miércoles de cada mes en cada Facultad en el siguiente orden: Medicina, Educación, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y del Trabajo.	Durante los meses de febrero a mayo del 2013.

<b>ACTIVIDAD 5</b>	
EVALUACIÓN DEL PROCESO SEGUIDO. EJECUCIÓN DEL PROYECTO.	
<b>TEMPORALIZACIÓN TAREAS</b>	
<b>Tarea 9</b>	
Evaluación de la asistencia a las charlas en cada Facultad.	Tras la realización de cada charla mensual.
<b>Tarea 10</b>	
Evaluación de impacto del programa.	Tras haber finalizado las charlas en el mes de junio de 2013.

## CRONOGRAMA

	2012		2013					
	NOV	DIC	ENER	FEBR	MAR	ABRIL	MAY	JUN
<b>ACTIVIDAD 1</b>								
Tarea 1								
Tarea 2								
Tarea 3								
<b>ACTIVIDAD 2</b>								
Tarea 4								
Tarea 5								
<b>ACTIVIDAD 3</b>								
Tarea 6								
Tarea 7								
<b>ACTIVIDAD 4</b>								
Tarea 8								
<b>ACTIVIDAD 5</b>								
Tarea 9								
Tarea 10								



## RECURSOS Y PRESUPUESTO

RECURSOS		COSTES
<b>HUMANOS</b>	Trabajador social y psicólogo de AFDA.	Recursos adscritos a AFDA.
<b>MATERIALES</b>	Impresión de 10 carteles para distribuir por las 4 Facultades mencionadas y por otras próximas dentro (recinto de la Universidad).	200 euros.
<b>ECONÓMICOS</b>	Aulas equipadas en las Facultades donde se va a realizar las sesiones informativas.	Cedidas por cada Facultad los días acordados y señalados de cada mes especificado.

## EVALUACIÓN

Se van a tener en cuenta los siguientes indicadores para evaluar la participación en cada charla y la satisfacción con la información proporcionada durante las mismas:

Número de personas que han contactado con la AFDA vía telefónica para solicitar más información sobre las charlas y el propio recurso.

Nº de personas que se han inscrito mensualmente a las charlas impartidas en cada Facultad.

Nº de correos electrónicos que se han recibido para inscribirse antes de cada sesión informativa desde el mes de enero hasta el mes de abril.

Número de personas pertenecientes al ámbito universitario que han asistido a cada charla informativa en cada Facultad (Educación, Medicina, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y del Trabajo) mensualmente.

Nº de personas que han asistido de otras facultades próximas.

Grado de satisfacción de los asistentes con la información proporcionada en cada charla.

Número de personas universitarias que han solicitado información sobre el recurso social AFDA desde el inicio de las charlas hasta su finalización.

También se pretende llevar a cabo una evaluación de impacto en el mes de junio analizando si ha aumentado el número de voluntarios y de socios de AFDA tras las charlas. Se pretende también medir la repercusión de estas charlas en la población universitaria teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

Número de personas universitarias que han solicitado ser voluntarios de AFDA a lo largo de la ejecución de este proyecto y tras su finalización.

Número de personas del ámbito universitario que han solicitado participar como voluntarios en la Asociación tras finalizar las charlas.

Número de personas del ámbito universitario que solicitan la realización de más charlas el próximo curso académico.

## BIBLIOGRAFÍA.

### Referencias bibliográficas.

- Adeva, J.; Ancizu, I.; Flórez, J.A.; Martínez, P.C.; Valdés, C.A. (2003), Repercusiones psicológicas y sociales de la prejubilación. *Psicothema*, vol.15 (1), 49-53.
- Asociación Aragonesa de Entidades para Personas con Discapacidad Intelectual, en línea, <http://www.feaps.org/>, 11/05/2012.
- Asociación de Familiares y Enfermos con Depresión en Aragón, en línea, <http://www.asociacionafda.com>, 1/05/2012.
- Ayuso, J.L. (1997), Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos. *Revista electrónica de Psiquiatría*, vol. 1 (1).
- Barón López de Roda, A. (1990). Apoyo social: definición. *Juno*; XXXVIII: 1086-1097.
- Barrón López de Roda, A.; Sánchez, m. (2001) Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, vol. 13, 17-23.
- Blanco, A.; Díaz, D. (2006), Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, vol. 17 (1), 7-29.
- Borges, G.; López-Moreno, S.; Medina-Mora, M.E. (2004), El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, vol. 46 (5), 451-463.
- Boschetti-Fentanes, B. (2004), La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 6 (3), 61-63.
- Caballo, V.; Carroble, J.A.; Salazar, I. (2011), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, "Trastornos del estado de ánimo", Ed. Pirámide, Madrid. Pp.311-334.
- Caplan G., (1993) *Aspectos preventivos en salud mental*, Ed.: Paidós, Buenos Aires.

- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, en línea, <http://www.cermi.es>, 11/05/2012.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, en línea, <http://www.feafes.org/>, 11/05/2012.
- Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica, en línea, <http://www.cocemfe.es/>, 11/05/2012
- Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (s.f.) recuperado el 8 de junio de 2012, de [http://www.aceca.es/contenido/2012/02/Estrategia\\_espanola\\_discapacidad.pdf](http://www.aceca.es/contenido/2012/02/Estrategia_espanola_discapacidad.pdf)
- Díaz de Neira, M.; Ezquiaga, E.; García, M. J.; García, A. (2011), "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 31 (111), 457-457.
- Durán, D.; Orbegoz, L.J.; Uribe, J.M.; Uribe, A.F. (2008), Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, vol.7 (1), 263-270.
- Fonseca- Pedrero, E.; Lemos- Giráldez, S.; Muñiz, J.; Paino, M. (2011), Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 39 (4), 217-225.
- Galicía, I.X.; Robles, F.J.; Sánchez, A. (2009), Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, vol. 25 (2), 227-240.
- García-Calvente, M.M; Maroto- Navarro, G.; Mateo- Rodríguez, I. (2004), El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, vol. 18 (2), 83-92.

- García, M.; Martínez, M.F.; Maya, I. (2001), El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, vol. 13 (14), 605-610.
- Gaviria, S.L. (2009), ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 38 (2), 316-324.
- Guerrero, K.; Matías, R.G.; Matud, M.P. (2006), Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6 (1), 7-21.
- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06.
- Hernández- Juárez, A.M.; Leyva- Jimenez, R.; López-Gaona, V.; Nava- Jiménez, G. (2007), Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, vol. 45 (3), 225-232.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor (orig.1992).
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Médica Panamericana (orig. 1993).
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud "CIF"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Rodríguez, S. (2010), Relación entre el Nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños, *Interdisciplinaria*, 27(2), 261-275.

Romero, R.; Poves, S.; Vucínovich, N. (2010), Grupo psicoterapéutico para hombres con trastornos depresivos graves y crónicos en una Unidad de Salud Mental Comunitaria. *Apuntes de Psicología*, vol. 28 (1), 107-119.

### Índice tablas.

**Tabla 1.** Fases de la investigación social.

**Tabla 2.** Síntomas de la depresión.

**Tabla 3.** Síntomas de la ansiedad.

**Tabla 4.** Causas de discapacidad en el mundo en el año 2000 y previsión para el año 2020 (Murray y López, 1996).

**Tabla 5.** Los trastornos depresivos del estado de ánimo según los sistemas diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992, 2000).

**Tabla 6.** Tipos básicos de trastornos depresivos.

**Tabla 7.** Criterios diagnósticos para el Episodio depresivo mayor, según el DSM-IV-TR (APA, 2000).

**Tabla 8.** Criterios para el diagnóstico de un Trastorno depresivo mayor, episodio único, según el DSM-IV-TR (APA, 2000).

**Tabla 9.** Criterios para el diagnóstico del Trastorno distímico, según el DSM-IV-TR (APA, 2000).

**Tabla 10.** Depresión mayor y comorbilidad ansiedad-depresión.

**Tabla 11.** Clasificación de los tratamientos eficaces para la Depresión.

**Tabla 12.** Proceso de tratamiento de la Depresión.

**Tabla 13.** Pautas para lograr una Salud Social Positiva (Blanco y Díaz, 2006).

**Tabla 14.** Características de la familia como sistema de apoyo.

**Tabla 15.** Nodos de análisis.

## **Índice figuras.**

**Figura 1.** Factores causales de la depresión (Caballo, Carrobles y Salazar, 2011).

**Figura 2.** Tipología de los trastornos depresivos.

**Figura 3.** Especificaciones y trastornos depresivos.

**Figura 4.** Modelo general de salud mental.

**Figura 5.** Plan Estratégico de Salud Mental en Aragón (2002-2010).

**Figura 6.** Ámbitos que abarca FEAPS.

**Figura 7.** Página principal de AFDA.



## **Abreviaturas.**

**ADP:** Antidepresivos.

**AFDA:** Asociación de Familiares y Enfermos de Depresión de Aragón.

**APA:** *American Psychological Association*.

**BMC:** *BioMed Central*.

**CAI:** Caja de Ahorros de la Inmaculada.

**CERMI:** Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.

**CIE-10:** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª revisión.

**COCEMFE:** Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica.

**CNS:**

**CSIC:** Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

**DGA:** Dirección General de Aragón.

**DEPRE:** Programa de Formación para la Atención Pública.

**DSM-TR-IV:** *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª revisión.

**EUFAMI:** Federación Europea de Familiares de Personas con enfermedad Mental.

**ESEMed:** *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*.

**FADIS:** Federación Aragonesa de Asociaciones de Disminuidos Físicos.

**FEAFES:** Confederación Española de Agrupaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental.

**FEAPS:** Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

**FEAPS Aragón:** Asociación Aragonesa de Entidades para Personas con Discapacidad.

**IMAOs:** Inhibidores de la MonoAminoOxidasa.

**ISRS:** Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.

**ISRNS:** Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina y Serotonina.

**MeSH:** *Medical Subject Headings*

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**ONG:** Organización No Gubernamental.

**S.A.F.O.:** Servicio de Apoyo, Formación y Orientación.

**TEC:** Terapia Electro Convulsiva.

**TREC:** Terapia Racional Emotiva Conductual.

## **ANEXOS**

**Anexo A.** Epidemiología y curso de los trastornos depresivos. Investigaciones europeas realizadas.

**Tabla A.** Prevalencia de la Depresión y otros trastornos mentales y sus diferencias por sexo en varios países europeos.

**Tabla B.** Test utilizados para la evaluación de la Depresión.

**Anexo C.** Enlaces Asociación página principal de AFDA.

**Anexo D.** Observaciones realizadas en Asociación AFDA. Grupo autoayuda.

**Anexo E.** Hoja de consentimiento para participantes en la entrevista.

**Anexo F.** Guión entrevista dirigida a los profesionales de la Asociación AFDA.

**Anexo G.** Guión entrevista dirigida a los profesionales de la Asociación AFDA.

# ANEXOS

## **ANEXO A**

### **EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS**

#### **Investigaciones europeas realizadas**

Un estudio reciente y con una gran representatividad universal, es el denominado *ESEMeD* (ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; Haro et al., 2006). Se utilizó como instrumento diagnóstico el DSM-IV y como método, las entrevistas estructuradas directas de tipo *DIS-I*. Se efectuó sobre una población de 21.000 personas y la muestra era representativa de personas procedentes de seis países europeos.

En el caso de España, las personas que conformaron la muestra fueron 5.473, una participación muy destacada. Los resultados obtenidos tras la realización de este estudio, manifestaban unas tasas de prevalencia totales incluyendo ambos sexos de 12,7 por 100 para el episodio depresivo mayor (16,5 por 100 para las mujeres y de 8,9 para los hombres) y del 3,6 por 100 para la distimia (4,6 por 100 en el caso de las mujeres y 2,6 por 100 en hombres).

Al igual que en otros estudios realizados (Robins y Regier, 1991; Vázquez, Hernangómez, Nieto y Hervás, 2006), en este se observaron claras diferencias entre ambos sexos, situadas en torno al doble de mujeres afectadas por estos trastornos depresivos que de hombres (Caballo, Carrobbles y Salazar, 2011).

Otro estudio interesante y algo más reciente, es el que se denomina con el acrónimo *PREDICT*; realizado por King et al. (2006, 2008). También se centra en una muestra europea y cuenta con una gran representación de la población española. Los seis países que participan en la investigación son Reino Unido, España, Portugal, Eslovenia, Estonia y Países Bajos. La muestra total estaba compuesta por 4.865 mujeres y 2.344 hombres; todos ellos, usuarios de los servicios de Atención Primaria de salud de cada país mencionado. La finalidad de este estudio consiste en desarrollar un índice de riesgo multifactorial para predecir la presencia de la depresión en las personas usuarias entre 18 y 76 años de edad, que acuden a los servicios de Atención Primaria en los centros de

salud. Se analiza la prevalencia principalmente de la depresión, pero también examina la prevalencia de otros trastornos mentales como la depresión mayor, trastornos de pánico y trastornos de ansiedad. Además, se recogen datos respecto a diferentes variables socio-demográficas de los sujetos de la muestra (edad, sexo, etnia, nivel cultural, estatus socioeconómico, profesión, etc.).

Este estudio resulta interesante porque no sólo se limita a analizar la epidemiología de las diferencias en depresión (Aragonés et al., 2001), sino que es pionero, la segunda investigación europea realizada después de la de Alonso et al. (2004), para analizar las posibles diferencias existentes en las tasas de prevalencia para los trastornos de ansiedad y de pánico en Atención Primaria en varios países europeos (Caballo, Carrobbles y Salazar, 2011).

### **¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES HALLAZGOS EN ESTE ESTUDIO?**

**Considerables diferencias observadas** entre los distintos países europeos estudiados, respecto a los trastornos depresivos, de pánico y de ansiedad en las personas que acuden los servicios generales de Atención Primaria.

Prevalencia más alta: Reino Unido y España.

Prevalencia más baja: Eslovenia y Países Bajos.

Existencia de **diferencias significativas** en la frecuencia de los trastornos en función de la **edad** de los sujetos.

Prevalencia más alta: Depresión (Mujeres 18-30 y hombres 30-50 años); en ansiedad (40-60 años en hombres); pánico (40-50 años en mujeres y hombres).

Claros **diferencias de sexo** observadas en los distintos países.

Se manifiesta una tendencia habitual de una mayor frecuencia de trastornos mentales por parte de las mujeres, sobre todo en depresión. Sin embargo, se interpreta que hay cierta disminución entre las diferencias observadas entre hombres y mujeres respecto a la depresión; quizá pueda deberse a que ha

aumentado la tasa de depresión en la población masculina (Caballo, Carroble y Salazar, 2011).

### **Análisis de los resultados de ambos estudios.**

En relación a las diferencias de sexo respecto a la prevalencia de la depresión, Carroble (2011) señala que aunque los estudios se han realizado en distintos entornos culturales en los que se ha registrado una tasa del doble de mujeres afectadas que de hombres, no resultan claras cuáles son las causas etiológicas de tales diferencias. Pueden tener origen debido a factores genéticos, tratarse de diferencias hormonales o en el cerebro, a la vivencia de mayores experiencias vitales estresantes, a un nivel mayor de aislamiento y privación de gratificaciones y refuerzos sociales. A que la persona no ha desarrollado una adecuada autonomía personal y social, por lo que no ha construido su propia identidad y no ha ejecutado un proyecto de vida independiente. Esto le lleva a depender emocional e instrumentalmente, de otras personas (Manual de Psicopatología y trastornos psicopatológicos, 2011).

Si nos centramos en la prevalencia del trastorno depresivo mayor, los datos epidemiológicos existentes nos indican que hay una gran variabilidad en relación a la población adulta. En el caso de la población femenina, la prevalencia de este trastorno se sitúa entre el 10-25 por 100 y en el caso de la masculina, entre el 5-12 por 100 (APA, 2000). El trastorno depresivo mayor puede aparecer a cualquier edad aunque los datos disponibles tienden a situar la aparición de este trastorno entre los 25 y los 45 años (Caballo, Carroble y Salazar, 2011).

El curso que suele tener el trastorno depresivo mayor recurrente, suele ser muy variable. Pueden ser episodios depresivos aislados sin aparente continuidad, como episodios muy continuados y agrupados en el tiempo; a medida que avanza la edad de los sujetos se dan episodios depresivos con mayor frecuencia. El número de episodios sufridos a lo largo de la vida, suele oscilar entre dos y seis; un buen indicador de recaídas es precisamente, en nº de episodios depresivos sufridos con anterioridad por parte del sujeto. Según indica

Carrobles (2011) se estima que la posibilidad de padecer un nuevo episodio, después de haber sufrido un primero es de un 60 por 100. Se incrementa hasta el 70 por 100 después de tener un segundo episodio y asciende hasta el 90 por 100 después de haber tenido un tercero. Además, en algunos casos, existe riesgo de que entre el 5 y el 10 por 100 de los sujetos, puedan padecer episodios maníacos o trastorno bipolar de tipo I, cuando se ha sufrido un episodio depresivo mayor único (APA, 2000) (Manual de Psicopatología y trastornos psicopatológicos, 2011).

Respecto a la recuperación tras haber sufrido un episodio depresivo, se estima que aproximadamente el 66 por 100 de las personas afectadas se restablece completamente. Sin embargo, se estima que el 33 por 100 de los sujetos afectados no lo consigue o lo hace sólo parcialmente; estos últimos tendrán mayor probabilidad de padecer nuevos episodios depresivos.

También puede producirse un trastorno distímico a la vez que el episodio depresivo mayor. Esto supondría un tratamiento más intensivo y de mayor duración puesto que ya no se trataría de un solo trastorno sino que tendría lugar una depresión doble.

En relación al trastorno distímico (Caballo, Carrobles y Salazar, 2011), los datos existentes muestran una prevalencia de un 3 por 100 aproximadamente, con una clara distinción por razón de sexo en la misma dirección que el trastorno depresivo mayor. La tasa de mujeres afectadas es de 4,6 por 100 y es el doble que la de hombres afectados, con un 2,6 por 100 (ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; Haro et al., 2006). Este trastorno suele ser mucho más frecuente en las personas de mayor edad, aunque su inicio puede remontarse muchos años atrás (infancia, adolescencia, etc.) y tiende a ser crónico. A veces, se añade a la distimia el trastorno depresivo mayor, haciendo mucho más complicada aún la recuperación del individuo.



**Tabla A.** Prevalencia de la Depresión y otros trastornos mentales y sus diferencias por sexo en varios países europeos

PAÍSES	Depresión mayor (%)		Trastorno por pánico (%)		Otros trastornos de ansiedad (%)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
<b>Total</b>	<b>13,9</b>	<b>8,5</b>	<b>9,2</b>	<b>5,6</b>	<b>10,0</b>	<b>5,0</b>
<b>Reino Unido</b>	13,2	12,7	10,3	8,8	11,3	8,4
<b>España</b>	18,4	11,2	11,6	5,9	20,1	9,9
<b>Eslovenia</b>	6,5	4,4	7,6	4,7	3,0	2,2
<b>Estonia</b>	14,8	9,3	8,0	5,5	10,2	5,5
<b>Países Bajos</b>	11,4	7,0	3,4	3,1	4,8	2,0
<b>Portugal</b>	17,8	6,5	13,3	5,8	8,2	2,4

Estudio *PREDICT*

**Tabla B.** Test utilizados para la evaluación de la Depresión.

INSTRUMENTOS	REFERENCIAS
<b>Escala de depresión de Hamilton</b> (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D)	Conde y Franch (1984); Hamilton (1960, 1967); Ramos-Brieva y Cordero (1986).
<b>Escala para la depresión de Zung</b> (Zung Self-Rating Depression Scale, ZSDS)	Conde, Escribá e Izquierdo (1970), Zung (1965).
<b>INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK</b> (Beck Depression Inventory I-II, BDI/BDI-II)	Beck (1961, 1978), Conde y Useros (1974); Vázquez y Sanz (1999).
<b>Inventario de depresión de niños, abreviado.</b> (Children's Depression Inventory-Short, CDI-S)	Kovacs (1992); Del Barrio et al. (2002, 2004).
<b>Escala de depresión geriátrica.</b> (Geriatric Depression Scale, GDS)	Izal, Montorio, Nuevo, Pérez y Cabrera (2010); Montorio e Izal (1996); Ramos et al. (1991), Salamero y Marcos (1992); Yesavage et al. (1983).
<b>Escala de ansiedad y depresión en el hospital.</b> (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)	Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986); Zigmond y Snaith (1983).
<b>Escala de depresión de Montgomery- Asberg.</b> (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)	Martínez, Bourgeois, Peyre y Lobo (1991); Montgomery y Asberg (1979)
<b>Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión.</b> (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D).	Radloff (1977); Radloff y Locke (2000); Soler et al. (1997)

*Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos (2011, p.329).*

## ANEXO C

### ENLACES ASOCIACIÓN PÁGINA PRINCIPAL AFDA

Los enlaces a los que se puede acceder desde la página principal de la Asociación son los siguientes:

➤ **BLOG de la Asociación** (en <http://afda-afda.blogspot.com.es/>), donde se muestran cursos que se ofrecen desde la misma (como por ejemplo, Mindfulness), charlas, conferencias que imparten los profesionales, artículos e investigaciones que se han realizado (relacionadas con la comida basura y depresión, ejercicio físico y depresión, meditación, mujer y depresión, etc.) y que están relacionados con los trastornos depresivos.



Este logotipo aparece en la parte superior de la página del Blog de ADFA.

En la parte derecha del Blog, justo debajo de esta figura, aparecen cinco carpetas situadas una debajo de otra, que contienen información sobre temas muy variados, todos ellos relacionados con la depresión.

La primera carpeta se denomina “etiquetas” y contiene estos documentos: alimentos que te cuidan, información específica sobre la Asociación y sobre la depresión, noticias de interés relacionadas con el trastorno y remedios naturales a los que se puede recurrir.

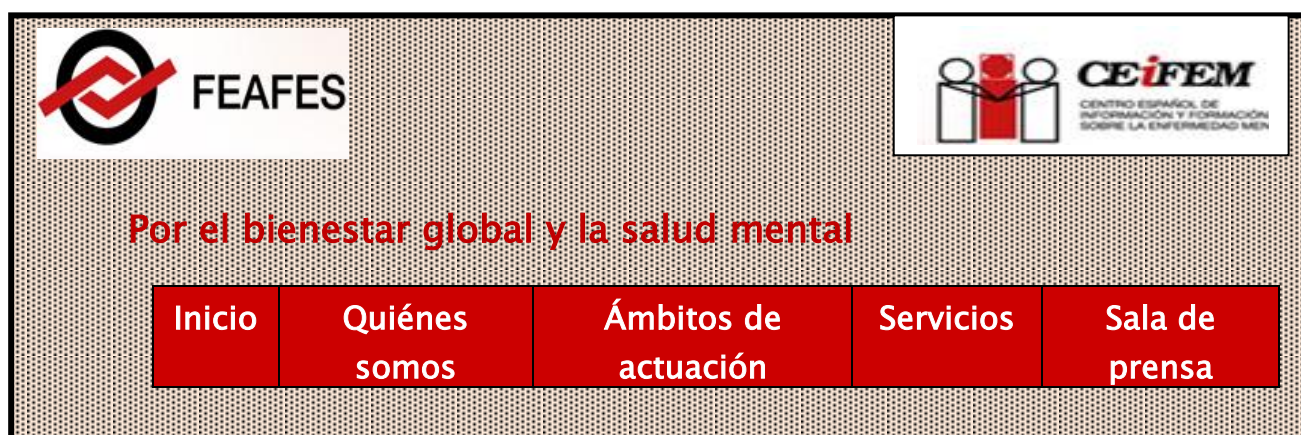
Debajo de esta carpeta, se sitúa otra que se denomina “entradas más vistas”. Se muestran en ella los documentos que han sido más consultados por los internautas (meditación, remedios naturales, noticias, tipos de depresión y consejos para el familiar de una persona con depresión).

La siguiente se denomina “archivo del blog”. Contiene todos los documentos del blog desde el 2010 hasta el 2012. En el año 2010 se añadieron 32 documentos y en los dos siguientes, cuatro y dos respectivamente.

La última carpeta se denomina “datos personales” y contiene el perfil de AFDA (página visitada por 468 personas) y la descripción de la Asociación como “una asociación sin ánimo de lucro que apoya y potencia la atención sanitaria integral de personas afectadas por trastornos mentales, familiares y amigos”. También ofrece datos de identificación de la Asociación (sector, ubicación, introducción e intereses).

Hay otra pero denominada “seguidores” pero no se puede acceder a ella.

➤ A la página web de **FEAFES** (<http://feafes.org/>), que hemos mencionado anteriormente.



➤ A **SALUD INFORMA**, que es el portal de los usuarios del Sistema de Salud Aragónés (en <http://www.saludinforma.es/opencms/opencms/>):



**Salud Informa:** El portal de los usuarios del Sistema de salud de Aragón.

Cita previa	Centros de asistencia	Servicios y prestaciones	Temas de salud	Datos sanitarios	Trámites y gestiones	Participación
-------------	-----------------------	--------------------------	----------------	------------------	----------------------	---------------

➤ A **TODODEPRESIÓN** (<http://www.tododepresion.com/>).



**TODODEPRESION**

[Pagina Inicial](#) | [Que es la Depresión](#) | [Causas Depresión](#) | [Tipos de Depresión](#) | [Síntomas Depresión](#) | [Cuadro Clínico de Depresión](#)

[Origen Depresión](#) | [Diagnóstico Depresión](#) | [Tratamiento Depresión](#) | [Antidepresivos](#) | [Depresión Infantil](#) | [Depresión Post Parto](#) | [Depresión en la Adolescencia](#) | [Depresión en la Mujer](#) | [Depresión en la Vejez](#) | [Depresión en el Hombre](#) | [Notas sobre Depresión](#) |

Sitio dedicado exclusivamente a la problemática de la Depresión. Causas que originan depresión. Como se diagnostica una depresión. Los mejores Tratamientos para superar una depresión. Todo sobre la depresión encuéntralo en TodoDepresion.com

Es una página web muy completa, que informa sobre los siguientes aspectos:

<b>Depresión, sus causas</b>	<b>Diagnóstico</b>
<b>Qué es la depresión</b>	<b>Depresión post-parto</b>
<b>Síntomas de la depresión</b>	<b>Antidepresivos y Tratamiento</b>
<b>Tipos de depresión</b>	<b>Depresión infantil y adolescente</b>
<b>Anhedonia, empleo, alcohol, alzhéimer, obesidad, pareja, cómo salir, consejos para superarla, objetivos en el tratamiento</b>	

➤ A la **OBRA SOCIAL LA CAIXA**, dentro del apartado de pobreza y exclusión social<sup>9</sup>.


**Obra Social "la Caixa"**

### Más oportunidades para las personas

**Pobreza y Exclusión Social**

- [Qué hacemos](#)
- [CaixaProinfancia](#)
- [CiberCaixa](#)
- [Quedamos al salir de clase](#)
- [Convocatoria: Lucha contra la pobreza y la exclusión social](#)
- [Volver](#)

**Cómo actuamos**

- [Pobreza y Exclusión Social](#)
- [Integración Laboral](#)
- [Atención integral a enfermos avanzados](#)
- [Salud](#)
- [Personas Mayores](#)
- [Cooperación Internacional](#)
- [Interculturalidad y Cohesión Social](#)
- [Becas y Formación](#)
- [Educación](#)
- [Convocatorias](#)
- [Voluntariado](#)
- [Cultura](#)
- [Ciencia e Investigación](#)
- [Medio Ambiente](#)
- [Vivienda Asequible](#)

**A quién ayudamos**

- [Jóvenes, Enfermos, Discapacitados, Niños, Personas Mayores, Inmigrantes...](#)

<sup>9</sup> Más información en <http://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/home/>

➤ A dos enlaces que denomina **PSICOACTIVA** y **DEPRESIÓN.PSICOMAG**.

La primera de ellas, [www.psicoactiva.com](http://www.psicoactiva.com), es una página web dedicada a la psicología y la segunda, [www.depresion.psicomag.com](http://www.depresion.psicomag.com), es un espacio web solidario para los pacientes de depresión y su familia, que ofrece evaluaciones psicométricas, asistencia diagnóstica y orientación profesional gratuita online.

Se pueden realizar un test en cada uno de estos enlaces. El primero se denomina Test del síndrome depresivo (PSICOACTIVA) y es meramente orientativo y carece de valor diagnóstico. El segundo, es el Test de autoevaluación para la depresión (DEPRESIÓN.PSICOMAG) y es una versión validada en castellano de la escala geriátrica para la depresión, de Ramos Brieva et al, de 1991 y 1993.

➤ Al Programa interactivo para pacientes (**FORUM CLINIC**), es un foro donde pueden consultarse dudas a profesionales sanitarios de carácter general sobre la depresión y compartir experiencias con otras personas.

**forumclínic**  
Programa interactivo para  
pacientes



**CLÍNICA**  
**BARCELON**  
Fundación **BBVA**

Depresión						
Inicio	Noticias	Reportajes	Foro	Información	Vídeos sobre depresión	Acerca de la depresión

## ANEXO D

### Sesiones semanales grupo de terapia.

#### PRIMERA OBSERVACIÓN

10.05.2012

<b>EDAD</b>	Adultos y adultos mayores.
<b>OBJETO DE LA ACTIVIDAD</b>	<p>Potenciar el desarrollo de estrategias de afrontamiento y de habilidades sociales, a través de una actividad semi-estructurada.</p> <p>Trabajar las emociones, una actitud más positiva y más receptiva.</p> <p>Modificar el comportamiento, las estrategias de relajación y control de la mente.</p> <p>Compartir con el otro experiencias vividas, información sobre el trastorno, disfrutar de las interacciones con iguales, etc.</p>
<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES</b>	Seis personas con trastornos depresivos y problemas de ansiedad. Algunos son pacientes con depresión y otros familiares de personas que la sufren.
<b>SEXO</b>	Cuatro mujeres (dos adultas y dos adultas mayores) y dos hombres (ambos adultos mayores).
<b>DURACIÓN DE LA SESIÓN</b>	1 hora y media (17:30 a 19:00h).
<b>PROFESIONALES implicados</b>	Un psicólogo.
<b>NIVEL DE IMPLICACIÓN de los participantes en la tarea</b>	<p>Todos participan en la actividad. Las conversaciones e intervenciones, surgen de manera espontánea y voluntaria.</p> <p>En ningún momento se fuerza a una persona a expresarse o a intervenir en la conversación. Se respetan los turnos de palabra, aunque a veces se solapan conversaciones.</p> <p>Este hecho, es un buen indicador porque las</p>



	<p>personas participan activamente porque se sienten seguras (ambiente favorable y de confianza) para expresarse y opinar.</p> <p>Constantemente surge el debate y es muy interesante la diversidad de temas que se tratan a lo largo de la sesión. Se reflexiona grupalmente sobre lo que cada uno dice.</p> <p>El psicólogo, interviene cuando considera que debe aportar conocimientos al grupo, o cuando puede utilizar los argumentos que estas personas mencionan, para hacerles reflexionar sobre su problema y su actitud. Interviene en estas ocasiones, para señalarles posibles pautas/recomendaciones que podrían favorecer su rehabilitación y bienestar personal.</p>
<b>INSTALACIONES Y RECURSOS</b>	<p>Aula adaptada para grupos en la Sede de la Asociación AFDA (COCEMFE).</p> <p>El aula cuenta con una mesa para unas doce personas, sillas, buena iluminación y un ambiente íntimo y relajado (sólo están los participantes del grupo y el psicólogo en la Sede). La mesa es muy amplia y ovalada, por lo que todas las personas pueden mantener contacto visual y se favorece el diálogo y la escucha activa.</p>
<b>CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE CADA MÓDULO/SESIÓN</b>	<p>Inicialmente se va preguntando a cada participante, conforme va llegando, cómo se encuentra y cómo ha sido su semana.</p> <p>Se describen los aspectos positivos y negativos que ha vivido o experimentado cada persona. Todos participan activamente.</p> <p>Parecen conocerse por lo que hay interacción entre ellos desde el primer momento.</p> <p>A lo largo de la sesión, surgen momentos en los que se muestran alegres y momentos en los que las personas describen su sufrimiento y se emocionan.</p> <p>Hay empatía porque, aunque sus problemas no son exactamente los mismos, comparten y</p>

	<p>entienden el malestar por el que están pasando cada uno de ellos.</p> <p>Igualmente, se aconsejan y los que ya han experimentado la depresión y han superado momentos muy complejos, alientan a los más afectados intentando transmitir que se puede superar el trastorno y qué actitudes hay que adoptar para superarlo.</p>
<b>CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS DE DEL TALLER</b>	<p>Las personas interaccionan y crean un vínculo de confianza; quizá no sea exactamente amistad, pero hay afecto y respeto.</p> <p>Incluso hay personas que se quedan después hablando en la Sede tras haber finalizado la sesión.</p>
<b>Está diseñada la actividad para MAXIMIZAR CAPACIDADES</b>	<p>Está diseñada para que las personas se expresen.</p> <p>Aprendan a expresar sus emociones y se desahoguen fuera de lo que es el entorno familiar y/o de amigos de cada uno.</p> <p>Dicen cómo se sienten y por qué.</p> <p>Hablan de cómo mejorar sus relaciones, de lo que sienten cuándo interaccionan con otras personas, debaten sobre las decisiones que deben ser capaces de tomar para salir de esa situación.</p> <p>Se saca el máximo partido a la sesión e incluso reconocen durante la misma, los beneficios que ésta les aporta (hablar de cosas con las que nadie hablan, sentirse queridos y comprendidos por personas ajenas, etc.).</p>
<b>DIFICULTADES</b>	<p>Problemas en la capacidad de memoria.</p> <p>Necesitan trabajar la memoria visual, mejorar la memoria a corto plazo. Suelen ser efectos secundarios de los fármacos.</p>
<b>FORMACIÓN PROFESIONALES</b>	Psicología.

<b>BENEFICIOS</b>	<p>En la identificación de emociones, en las relaciones, en la comprensión del trastorno, en habilidades sociales, afrontamiento y reconocimiento de las situaciones de riesgo, etc.</p> <p>En tener un grupo de iguales con el que compartir experiencias y expresarse libremente.</p>
<b>SE ESTABLECER RELACIONES</b>	<p>Durante la sesión y después de la misma.</p> <p>Incluso mencionan que algunos se llaman o quedan durante la semana.</p>
<b>INTERÉS Y ACTITUD</b>	Alto y muy positiva.
<b>RELACIÓN con el profesional</b>	Muy buena, con un clima cómodo y de absoluta confianza.
<b>FORTALEZAS de los usuarios</b>	<p>La sinceridad y la participación. La escucha activa y el diálogo.</p> <p>La transparencia a la hora de mostrar sus emociones, sentimientos, sensaciones y de explicar sus experiencias a los demás.</p> <p>El apoyo que se prestan los unos a los otros durante la sesión de terapia; incluso cuando no se conocen.</p> <p>La confianza y el respeto que muestran hacia el profesional.</p>
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>"No es dolor, es sufrimiento"</p> <p>"Es peor vivir así, que morir"</p> <p>"La única opción para salir de una depresión depende de uno mismo".</p> <p>"Hay que tomar la decisión de mejorar y sacar fuerzas de donde no las hay".</p> <p>"Mi familia no me entiende, no entiende mi enfermedad".</p> <p>"Antes se nos trataba de locos, ahora se empieza a conocer la depresión y a normalizar nuestra situación".</p>

	<p>"Estoy cansada de tomar medicación siempre". "Yo llevo tomando veinte años".</p> <p>"Mis hermanas también están con depresión".</p> <p>Aspectos interesantes que se han tratado:</p> <p>La relación entre la inactividad (dejar de realizar una tarea) y el agravamiento del trastorno (como consecuencia de esa inactividad). Es un círculo vicioso porque "me encuentro deprimido y dejo la actividad porque no me hace sentirme mejor". Pero al dejar la actividad "parece que todavía me siento peor".</p> <p>Lo que ocurre es que al dejar de estar ocupado, se tiene más tiempo para pensar y darle vueltas a las cosas. Esto hace que la situación empeore o se perciba el entorno de manera más negativa y se recaiga en el malestar y aumente el sufrimiento.</p> <p>Importancia de una alimentación adecuada, sana y de hacer ejercicio.</p> <p>Mantener la mente ocupada haciendo actividades (yoga, hobbies, nadar, salir a la calle, etc.). Están cultivando un huerto (actividad promovida desde AFDA en la que participan con los profesionales). Cultivan sus hortalizas, frutas, etc. Pero, se relacionan, interaccionan y crean vínculos mientras se mantienen ocupados cuidando el huerto. También se crean responsabilidades (tener que ir a regar, a hacer cosas en el huerto, a comprar materiales que necesitan...).</p> <p>Se habla sobre la percepción del entorno (se incide en que se interpreta como algo aversivo, negativo).</p> <p>Se habla de la ausencia de relaciones y de la evitación de personas conocidas. Gran tendencia al aislamiento.</p> <p>Se habla de que son personas que se anclan en el pasado y en el futuro, sin poder disfrutar del presente.</p>
--	---

**SEGUNDA OBSERVACIÓN****17.05.2012**

<b>EDAD</b>	Adultos y adultos mayores.
<b>OBJETO DE LA ACTIVIDAD</b>	<p>Potenciar el desarrollo de estrategias de afrontamiento y de habilidades sociales, a través de una actividad semi-estructurada.</p> <p>Trabajar las emociones, fomentar el cambio hacia una actitud más positiva y más receptiva.</p> <p>Modificar el comportamiento que conduce a pensamientos negativos, favorecer estrategias de relajación y control de la mente y la conducta.</p> <p>Compartir con iguales experiencias vividas, información sobre el trastorno, disfrutar de las interacciones con iguales, formar a estas personas para prevenir futuras recaídas, etc.</p>
<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES</b>	Trece personas con trastornos depresivos y problemas de ansiedad. También afectadas por situaciones de depresión en familiares.
<b>SEXO</b>	Diez mujeres (cinco adultas y cinco adultas mayores) y tres hombres (dos adultos mayores y un adulto más joven).
<b>DURACIÓN DE LA SESIÓN</b>	1 hora y media (17:30 a 19:00h).
<b>PROFESIONALES implicados</b>	Un psicólogo.
<b>NIVEL DE IMPLICACIÓN de los participantes en la tarea</b>	<p>Todos participan en la actividad. Las conversaciones e intervenciones, surgen de manera espontánea y voluntaria.</p> <p>En ningún momento se fuerza a una persona a expresarse o a intervenir en la conversación. Se respetan los turnos de palabra, aunque a veces se solapan conversaciones.</p> <p>Las personas participan activamente porque se</p>

	<p>sienten seguras (ambiente favorable y de confianza) para expresarse y opinar.</p> <p>Surge el debate. Se tratan temas muy diferentes a lo largo de la sesión. Se habla de todo, no solamente de depresión (economía, trabajo, problemas personales...).</p> <p>El psicólogo, interviene cuando considera que debe aportar conocimientos al grupo, o cuando puede utilizar los argumentos que estas personas mencionan, para hacerles reflexionar sobre su problema y su actitud.</p> <p>Interviene en estas ocasiones, para señalarle posibles pautas/recomendaciones que podrían favorecer su rehabilitación y bienestar personal.</p>
<b>INSTALACIONES Y RECURSOS</b>	Ídem observación 10.05.2012.
<b>CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE CADA MÓDULO/SESIÓN</b>	<p>Se realiza una ronda de participantes. Cada uno va explicando cómo se ha sentido a lo largo de la semana.</p> <p>Exponen sus sentimientos, sus percepciones, el nivel de intensidad de esas emociones...</p> <p>Como el número de participantes de hoy es muy elevado la dinámica de interacción es diferente. Tienen menos tiempo para hablar cada uno.</p> <p>Sin embargo, fluye de manera muy positiva la conversación y de manera muy natural. Hay dos personas que se acaban de incorporar al grupo y sin embargo, el ambiente que se respira en la sesión sigue siendo de la misma confianza. Como si se conocieran de toda la vida.</p> <p>Hoy el ambiente es más alegre; parecen contentos al ver a tanta gente participando. También surgen momentos en los que cuentan cosas más negativas y empatizan los unos con los otros y se emocionan.</p> <p>El psicólogo recalca la importancia de hacer</p>

	<p>actividades, de ocupar el tiempo libre realizando tareas para evitar pensar en cosas negativas y realizar un esfuerzo físico.</p> <p>Algunas personas mencionan que le han hecho caso y que se encuentran algo mejor esta semana tras haber realizado ejercicio físico.</p>
<p><b>CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS DE DEL TALLER</b></p>	<p>Las personas interaccionan y crean un vínculo de confianza, afecto y respeto.</p> <p>Incluso hay personas que se quedan después hablando en la Sede tras haber finalizado la sesión.</p> <p>Las personas están creando vínculos y unas a otras "se obligan a acudir" a los grupos e incluso quedan fuera de estos espacios para realizar actividades. Están cuidando un huerto algunos participantes y así, tienen una obligación, un motivo por el que salir de casa e interaccionar.</p> <p>Parece que muchos de ellos son conscientes de que es importante crear vínculos, apoyarse...</p> <p>Reconocen que les satisface, salen de AFDA sintiéndose mucho mejor.</p> <p>Mencionan que muchas veces no tienen ganas de ir pero que es beneficioso para ellos para romper ese círculo vicioso de "inactividad-depresión" y que deben obligarse a acudir al taller.</p> <p>En los grupos comparten experiencias, sienten que el que está al lado les comprende. Se sienten normalizados, integrados socialmente.</p> <p>Se les presta apoyo psicológico, social y de carácter comunitario en cualquier momento desde AFDA (atención y apoyo grupal e individual por parte del psicólogo y del trabajador social).</p> <p>Previenen posibles recaídas, algo que preocupa a muchos participantes. Muchos de ellos han tenido tendencias suicidas y lo perciben como la única solución para acabar con ese sufrimiento.</p>

	<p>Tienen temor a pasar por lo mismo y a recaer en la depresión.</p> <p>Sienten un rechazo absoluto los más afectados para interaccionar con otras personas ("solo he salido cinco minutos a pasear al perro cada día").</p> <p>Tienen sentimientos de gran apatía y de culpa.</p> <p>Reclaman la necesidad de apoyo familiar de amistades; pierden muchas amistades ("Yo he perdido muchas amistades, muchas").</p>
<p><b>Está diseñada la actividad para MAXIMIZAR CAPACIDADES</b></p>	<p>Está diseñada para que las personas se expresen y tengan un espacio y un lugar semanalmente, donde desahogarse.</p> <p>Aprenden a expresar sus emociones y sentimientos, positivos y negativos, fuera de lo que es el entorno familiar pero en un ambiente íntimo y de confianza.</p> <p>Dicen cómo se sienten y por qué.</p> <p>Hablan de cómo mejorar sus relaciones, de lo que sienten cuándo interaccionan con otras personas, debaten sobre las decisiones que deben ser capaces de tomar para salir de esa situación.</p> <p>Se saca el máximo partido a la sesión e incluso reconocen durante la misma, los beneficios que esta les aporta (hablar de cosas con las que nadie hablan, sentirse queridos y comprendidos por personas ajenas a su entorno familiar, etc.).</p> <p>Las características del grupo hoy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gran participación.</li> <li>- Libertad absoluta para expresarse y tratar cualquier tema (labora, social, económico, familiar y personal, etc.).</li> <li>- Prima el diálogo.</li> <li>- Clima muy favorable para realizar esta actividad (mesa grande, luz, tranquilidad...).</li> <li>- Ambiente de máxima confianza y respeto</li> </ul>



	hacia el profesional.
<b>DIFICULTADES</b>	No percibidas.
<b>FORMACIÓN PROFESIONALES</b>	Psicología.
<b>BENEFICIOS</b>	<p>En la identificación de emociones, en las relaciones, en la comprensión del trastorno, en habilidades sociales, afrontamiento y reconocimiento de las situaciones de riesgo, etc.</p> <p>Aprecian mejorías muy significativas en compañeros. Se alegran por ellos y desean estar igual en algún momento.</p>
<b>SE ESTABLECER RELACIONES</b>	Durante la sesión y después de la misma.
<b>INTERÉS Y ACTITUD</b>	Alto y muy positiva.
<b>RELACIÓN con el profesional</b>	Muy buena, con un clima cómodo y de absoluta confianza.
<b>FORTALEZAS de los usuarios</b>	<p>La sinceridad y la participación. La escucha activa y el diálogo.</p> <p>La transparencia a la hora de mostrar sus emociones, sentimientos, sensaciones y de explicar sus experiencias a los demás.</p> <p>El apoyo que se prestan los unos a los otros durante la sesión de terapia y fuera de ella los que establecen vínculos más fuertes.</p> <p>La confianza que muestran hacia el profesional.</p>
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>"Nosotros nos escuchamos, hablamos, nos entendemos". "La gente de fuera no nos entiende".</p> <p>"No hay que olvidar el problema, hay que superarlo".</p> <p>Hay que ser capaz de superarlo pero tenerlo presente de alguna manera, para evitar a toda costa volver tropezar y estar igual.</p> <p>Por ello, es muy útil este tipo de terapia, porque</p>

te ayuda a reconocer el problema, compartirlo y superarlo, todo ello, con el apoyo del profesional y el resto de compañeros que luchan a la vez por superar su malestar.

“Vivimos siempre pensando en el pasado y en el futuro, no vivimos el presente”.

Los que están peor, reconocen que están constantemente pensando tanto en aspectos negativos como en los positivos del pasado y que eso, les impide vivir el presente y disfrutar de las cosas buenas que tienen en ese momento.

La mayoría combina este tratamiento psicodinámico o psicoterapéutico con el farmacológico.

Reconocen que los fármacos tienen bastantes efectos secundarios pero muchas personas llevan tiempo tomando antidepresivos y sin ellos sería imposible su recuperación.

Se recalca la importancia de tomar tratamiento pero también, que si no se combina con otro tipo de actividades, es insuficiente para recuperarse.

Las personas más afectadas sienten malestar y rechazo a cualquier tipo de interacción o encuentro social. Pero a pesar de eso, los usuarios hacen un tremendo esfuerzo por asistir a los grupos porque reconocen su gran utilidad.

También se menciona la tendencia al suicidio en los peores momentos. Hay personas que llevan mucho tiempo sufriendo la depresión y que les cuesta seguir luchando por mejorar.

Algunos participantes opinan que es muy importante, en los peores momentos, escribir las sensaciones y los sentimientos que se tienen como vía para desahogarse. Posteriormente, se pueden releer si se desea reflexionar sobre ello (para apreciar el cambio en la percepción del problema, cómo se analiza eso ahora, etc.).

	El psicólogo les informa de que es muy positivo que realicen deportes en los que se fomente la interacción, el trabajo en equipo, los grupos.
--	---

<b>TERCERA OBSERVACIÓN</b>	<b>24.05.2012</b>
----------------------------	-------------------

<b>EDAD</b>	Adultos y adultos mayores.
<b>OBJETO DE LA ACTIVIDAD</b>	Ídem anteriores observaciones.
<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES</b>	Dos hombres (un adulto y un adulto mayor). Tres mujeres (una mujer mayor y dos adultas).
<b>DURACIÓN DE LA SESIÓN</b>	1 hora y media (17:30 a 19:00h).
<b>PROFESIONALES implicados</b>	Un psicólogo.
<b>NIVEL DE IMPLICACIÓN de los participantes en la tarea</b>	Hoy han participado todos como en las sesiones anteriores, pero al ser menos personas, se ha incidido más en tratar los aspectos personales que están causando un notable malestar a estas personas enfermas de depresión o con familiares que la padecen.  Han estado participativos pero en general, se respiraba un ambiente más angustioso y había una clara sensación de que estaban peor en general, que la anterior semana.
<b>INSTALACIONES Y RECURSOS</b>	Ídem anteriores observaciones.
<b>CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE CADA MÓDULO/SESIÓN</b>	En esta sesión han surgido de manera espontánea una serie de temas, porque eran los que preocupaban y causaban malestar en ese momento a las personas (problemas familiares principalmente, que se suman a los propios de

	<p>la depresión).</p> <p>La dinámica ha sido la misma, ronda de exposición de problemas/alegrías, sentimientos y sensaciones, actitudes, etc.</p> <p>Pautas de afrontamiento, actitudes frente a las dificultades, etc.</p>
<b>CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS DE DEL TALLER</b>	<p>Reconocen que les satisface, salen de AFDA sintiéndose mucho mejor.</p> <p>Mencionan que muchas veces no tienen ganas de ir pero que es beneficioso para ellos, que deben obligarse.</p> <p>En los grupos comparten experiencias, sienten que el que está a lado les comprende. Se sienten normalizados, integrados socialmente.</p> <p>Comparan sus problemas y perciben que cada uno tiene que superar sus dificultades (personales, económicas, familiares, sanitarias, etc.).</p> <p>Gran empatía hacia el resto de compañeros.</p> <p>Se les presta apoyo psicológico, social y de carácter comunitario en cualquier momento desde AFDA.</p> <p>Se previenen posibles recaídas, algo que preocupa a muchos participantes porque sienten que no pueden seguir adelante y tienen ideación suicida.</p>
<b>Está diseñada la actividad para MAXIMIZAR CAPACIDADES</b>	<p>Ídem a anteriores observaciones.</p>
<b>DIFICULTADES</b>	<p>Hoy la mayoría necesitaban explayarse, desahogarse, ser comprendidos y escuchados por los demás.</p> <p>Ha habido intervenciones más largas, también porque sólo eran cinco personas.</p>

<b>BENEFICIOS</b>	Ídem a las anteriores observaciones.
<b>SE ESTABLECER RELACIONES</b>	Durante la sesión y después de la misma.
<b>INTERÉS Y ACTITUD</b>	Alto pero la actitud más negativa hoy, más tristes y deprimidos.
<b>RELACIÓN con el profesional</b>	Muy buena, con un clima cómodo y de absoluta confianza.  Le preguntan directamente y solicitan que les asesore sobre algunos problemas urgentes en ese ambiente grupal.
<b>FORTALEZAS de los usuarios</b>	La sinceridad y la participación.  La escucha activa y el diálogo.  La confidencialidad, un aspecto muy importante que todos tienen en cuenta.  La transparencia a la hora de mostrar sus emociones, sentimientos, sensaciones y de explicar sus experiencias a los demás.  El apoyo que se prestan los unos a los otros durante la sesión de terapia.  La confianza que muestran hacia el profesional.
<b>OBSERVACIONES</b>	Ha habido una de las participantes que ha acudido al médico porque con la medicación está sintiendo que pierde la memoria y se le olvidan muchas cosas.  "No recordaba que había hablado con mi hermana antes de ayer. No sé lo que le dije y así, con otras muchas cosas".  En algunas ocasiones, la depresión es anterior a las dificultades familiares.  En otras personas es posterior.  A algunos se les suman problemas económicos y laborales (están en paro, su familia también),

	personales (problemas con las parejas, con los hijos, etc.), sociales (pérdida de amistades, soledad, aislamiento y rechazo social absoluto...).
--	--

<b>CUARTA OBSERVACIÓN</b>	<b>31.05.2012</b>
---------------------------	-------------------

<b>EDAD</b>	Adultos y adultos mayores.
<b>OBJETO DE LA ACTIVIDAD</b>	Poner en práctica técnicas de meditación y visualización (relajación).
<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES</b>	Dos hombres (adultos).  Seis mujeres (dos mujeres mayores y cuatro adultas).
<b>DURACIÓN DE LA SESIÓN</b>	1 hora y media (17:30 a 19:00h).
<b>PROFESIONALES implicados</b>	Un psicólogo.
<b>NIVEL DE IMPLICACIÓN de los participantes en la tarea</b>	La actividad realizada durante el taller de hoy ha sido diferente y ha estado relacionada con poner en práctica técnicas de las que se habla durante las reuniones de grupo.  El nivel de implicación de los participantes ha sido elevado.
<b>INSTALACIONES Y RECURSOS</b>	Hemos acudido al Parque Grande José Antonio Labordeta donde hemos realizado las actividades mencionadas de meditación y relajación.

<p><b>CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE CADA MÓDULO/SESIÓN</b></p>	<p>En esta sesión lo que se pretendía era poner en práctica algunas de las técnicas mencionadas durante las sesiones de grupo anteriores, relacionadas con el Mindfulness (formación que se les va a impartir en el mes de junio), relacionadas con la meditación y con la relajación.</p> <p>Se ha mencionado que uno de los objetivos que se debían alcanzar hoy, trataba de centrar la atención en un solo estímulo e intentar controlar los pensamientos positivos y negativos de manera que se centrara exclusivamente la mente en un estímulo (sonido de la fuente, sensación al tocar el agua y sensación de contacto con el suelo al caminar). Lo que viene a ser dejar la mente en blanco y desconectar de los pensamientos.</p> <p>Se ha conseguido con éxito este objetivo según han mencionado los participantes al finalizar la sesión.</p>
<p><b>CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE DEL TALLER</b></p>	<p>Se ha propuesto la realización de tres actividades en el recinto del parque mencionado.</p> <p>La primera de ellas ha consistido en sentarnos en junto a una de las fuentes del parque e intentar, durante cinco minutos, relajar nuestra mente centrándonos en estímulos diversos (sonido del agua, tacto del agua, sentir el suelo al caminar).</p> <p>No se trataba de pensar en cosas positivas; el objetivo consistía en aprender a no pensar. Centrarnos en lo que estamos haciendo y controlar cualquier tipo de pensamiento, tanto positivo como negativo.</p> <p>Aprender a disfrutar el momento, a vivir el aquí y el ahora no centrándonos en las cosas que ya hemos hecho o en aquellas que queremos o</p>

	<p>tenemos que hacer.</p> <p>En definitiva, aprender a disfrutar de las cosas que tenemos y utilizar estímulos ajenos a nosotros, para desconectar “de nuestra cabeza”, de nuestro pensamiento.</p> <p>La segunda actividad ha consistido en sentarnos en el suelo y visualizar, con los ojos cerrados y en actitud de relajación, un lago. El psicólogo ha ido leyendo una historia y ha conducido nuestro pensamiento hasta lograr que nosotros visualizásemos aquello que nos estaba contando. El objetivo de esta última actividad era la relajación mediante la técnica de visualización de una situación ideal.</p> <p>Las personas también han salido muy satisfechas de esta actividad.</p>
<b>Está diseñada la actividad para MAXIMIZAR CAPACIDADES</b>	Ídem a anteriores observaciones.
<b>DIFICULTADES</b>	<p>Al estar en un parque había muchas más personas rondando por allí.</p> <p>Había bastantes estímulos sonoros (voces, ruidos, etc.) que en algunos momentos han dificultado un poco la realización de la actividad.</p>
<b>BENEFICIOS</b>	Ídem a las anteriores observaciones.
<b>SE ESTABLECER RELACIONES</b>	Durante la sesión y después de la misma.
<b>INTERÉS Y ACTITUD</b>	Muy positiva y actitud muy receptiva.
<b>RELACIÓN con el profesional</b>	Muy buena, con un clima cómodo y de absoluta confianza.



<b>FORTALEZAS de los usuarios</b>	<p>La sinceridad y la participación. La escucha activa y el diálogo.</p> <p>La confidencialidad, un aspecto muy importante que todos tienen en cuenta.</p> <p>La transparencia a la hora de mostrar sus emociones, sentimientos, sensaciones y de explicar sus experiencias a los demás.</p> <p>El apoyo que se prestan los unos a los otros durante la sesión de terapia.</p> <p>La confianza que muestran hacia el profesional.</p>
<b>OBSERVACIONES</b>	<p>Hoy he realizado una observación participante.</p> <p>Ha sido una actividad diferente a la de las anteriores sesiones que ha gustado mucho y que se seguirá realizando en la siguiente sesión.</p> <p>Resulta muy útil para que estas personas aprendan a concentrarse y a saber desconectar de su pensamiento centrándose en estímulos externos. Como ha mencionado el psicólogo, esta vez ha sido centrándonos en el sonido del agua de la fuente, en el contacto con el agua o sentir el contacto que tenemos con el suelo al caminar... Pero cualquier estímulo puede resultar útil para practicar este tipo de meditación.</p> <p>Por otro lado, se van a realizar unos cursos de formación en Mindfulness a los cuales se van a apuntar la mayoría de los asistentes al grupo.</p> <p>Las personas son muy participativas en relación a las actividades, cursos de formación o servicios puntuales que se desarrollan desde AFDA.</p>

## ANEXO E

### HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPANTES DE LA ENTREVISTA

**Estimado participante,**

Desde la Facultad de Trabajo Social y Ciencias Sociales, con el apoyo de la Asociación de Familiares y enfermos con Depresión en Aragón se va a realizar el estudio **“Evaluación de necesidades de las personas con depresión en la ciudad de Zaragoza y Análisis de las repercusiones sociales y familiares”**.

Antes de confirmar su participación en el estudio es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y pregunte todas las dudas que le puedan surgir.

**Introducción:** El objetivo de este estudio es realizar una evaluación de las necesidades reales que tienen las personas con esta enfermedad en cualquier etapa del ciclo vital (niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor). Además, queremos recoger información en relación a los servicios y actividades que se ofertan desde la Asociación AFDA, así como las posibilidades de mejorar esta situación en un momento tan complicado de crisis económica.

**Proceso:** Con dicho objetivo se realizarán unas entrevistas de aproximadamente una media hora de duración, en la que se recogerá su punto de vista respecto a las necesidades de este colectivo. Las opiniones serán recopiladas mediante la transcripción de los datos y grabación en audio de la entrevista.

**Beneficios:** Conocer su punto de vista nos permitirá realizar una evaluación directa sobre cuáles son las principales necesidades de las personas con depresión y familias. Ésta información resulta de gran utilidad desde el punto de vista de la mejora en la planificación de recursos y en la puesta en marcha de los servicios.

#### **Participación:**

La participación en este estudio es voluntaria. Usted decide si participar o no. No tiene que contestar a ninguna de las preguntas si no desea hacerlo e incluso si usted decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

**Confidencialidad:**

Sus respuestas y opiniones tendrán un carácter totalmente confidencial.

**Preguntas/información:**

Si tiene alguna pregunta antes, durante o después de la sesión de grupo puede llamar a \_\_\_\_\_ extensión \_\_\_\_\_. O consultárselas al investigador.

**Consentimiento:** Si está de acuerdo en participar, por favor firme en el espacio reservado para ello:

..... **(Nombres y apellidos).**

- ✓ He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- ✓ He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- ✓ He recibido suficiente información sobre el estudio.
- ✓ He hablado con:

.....(Nombre del investigador).

- ✓ Comprendo que mi participación es voluntaria.
- ✓ Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - 1) Cuando quiera.
  - 2) Sin tener que dar explicaciones.

**Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.**

Firma del participante:

.....

Fecha:

.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante del estudio.

Firma del Investigador:

.....

Fecha:

.....

## ANEXO F

### GUIÓN ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE LA ASOCIACIÓN AFDA

Dirigida a: trabajador social; psicólogo.

Sexo:

Edad:

Formación profesional:

Formación específica:

Tiempo trabajado con personas con depresión y familiares:

#### Preguntas:

#### **1. Cuáles son las principales dificultades que encontráis en las personas que acuden a la Asociación.**

- A **nivel emocional** (sentimientos, emociones, percepción del entorno familiar y social).
- En cuanto al **apoyo social** (grupos de amigos, perfil de las familias, tipo de interacciones sociales, etc.).
- **FAMILIA.** ¿Qué papel asume la familia y cómo le influye esta enfermedad en su día a día/ENTORNO? ¿Correlaciona positivamente la ausencia de apoyo (redes sociales) y sufrir una depresión?
- Aspecto **económico y laboral.** ¿Estatus; ingresos; empleo? Perspectivas de futuro y visión de nuevas oportunidades (en situación de desempleo).
- Ámbito **médico y sanitario.** ¿DIAGNÓSTICO es temprano y adecuado? ¿Se les informa adecuadamente y se les prestan servicios desde el ámbito público? ¿Son efectivos los TRATAMIENTOS farmacológicos y se realiza un seguimiento del proceso desde el ámbito público (Salud)?

- En el ámbito **educativo**. ¿Cómo influye en NIÑOS y ADOLESCENTES este trastorno? ¿Se le da importancia o se ignora? ¿Se detecta temprano? ¿Se diagnostica bien?
- **FORMACIÓN**. ¿Consideráis que los profesionales con los que interaccionan estas personas (ámbito sanitario, trabajo social, educadores, profesores, maestros, etc.) están suficientemente formados y conocen este trastorno? ¿Proporcionan información suficiente al usuario?
- **RECURSOS**. ¿Hay suficientes recursos para cubrir las necesidades básicas de estas personas AHORA? ¿La CALIDAD de los servicios de salud mental se está viendo perjudicada por la situación actual de CRISIS?
- **INTEGRACIÓN**. ¿Se contempla y favorece la INTEGRACIÓN de estas personas en la sociedad (contemplar diferentes ámbitos mencionados)? ¿Se precisa mayor SENSIBILIZACIÓN y DIFUSIÓN para dar a conocer el trastorno y NORMALIZAR esta situación?

## **2. ¿Cuál sería la principal característica (s) de las personas que vienen a la Asociación?**

- 2.1. ¿Cómo acuden (quién toma la iniciativa)?
- 2.2. ¿Desde qué edad empiezan a venir? ¿Entran a la edad adecuada?
- 2.3. ¿En qué situación se encuentran las familias inicialmente?
- 2.4. ¿Se aprecia mejoría en ellas después de su paso por AFDA?

## **¿Son conscientes de su situación? ¿Están informados sobre el trastorno previamente o requieren información?**

## **3. Con la actual crisis económica, ¿notáis que ha aumentado el número de personas con este problema (trastorno y repercusiones)?**

- Hay más DEMANDAS.
- Más necesidad de SERVICIOS.

- Mayor número de personas que solicitan ATENCIÓN/INFORMACIÓN desde AFDA.

**4. ¿Mantenéis contacto con alguna entidad/institución pública, privada o del tercer sector? Si es así, ¿cuáles son los motivos que os unen a esa entidad?**

**5. En relación a las ACTIVIDADES:**

- Qué se intenta POTENCIAR desde AFDA.
- En qué cuestiones concretas se aprecian CAMBIOS en los participantes.
- Continúan viniendo y participando tras la RECUPERACIÓN.

**6. En el contexto actual de crisis, ¿Cuáles son las principales necesidades de estas personas (ahora)?**

- Se ha modificado la demanda de necesidades por la crisis (AUMENTADO, DISMINUIDO, IGUAL).
- Cómo ha influido esta situación en la CALIDAD DE VIDA de usuarios y familias.

**7. ¿Se observan diferencias significativas entre ambos SEXOS? ¿Se perciben diferencias a lo largo del CICLO VITAL en la manifestación del trastorno?**

¿Ha aumentado el número de hombres afectados?

**8. ASPECTOS QUE PODRÍAN MEJORARSE.**

8.1. ¿Qué consideráis es MEJORABLE?

A nivel de instituciones públicas, actividades que podrían desarrollarse desde la Asociación en el futuro próximo, número de profesionales implicados, financiación, etc.

8.2. ¿Hay alguna necesidad que quede SIN CUBRIR? ¿Proyectos de futuro que contemplen estas necesidades percibidas y no cubiertas?

8.3. ¿Algo sobre lo que sea necesario plantear una intervención? (Ideas).

8.4. Otras cuestiones que se deseen tratar (opiniones de los entrevistados. Preguntas, etc.). CIERRE.

## ANEXO G

### GUIÓN ENTREVISTA DIRIGIDA A USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN AFDA

Dirigida a: usuarios Asociación. Afectados y familiares.

Sexo:

Edad:

Formación profesional:

Tiempo que lleva en la Asociación:

#### Preguntas:

#### **1. ¿Cómo contactaste con la Asociación AFDA?**

- POR QUÉ (información, Orientación, Derivado por...).
- DEMANDA inicial. **Necesidades que precisaba en ese momento.**
- QUÉ SERVICIOS SE LE OFRECIERON.
- EN QUÉ SENTIDO SU SITUACIÓN SE HA VISTO MODIFICADA.

Cómo se encuentra ahora; **cambios** producidos (ámbito personal y familiar, entorno social, ámbito laboral, autoestima, etc.).

**Beneficios** que aporta la Asociación al usuario (atención profesional individualizada, grupos de autoayuda. SERVICIOS).

**Percepción** del apoyo social.

#### **2. En relación a las ACTIVIDADES:**

##### **2.1. ¿Hace cuánto tiempo que participas en las actividades?**

- Qué crees que se intenta POTENCIAR desde AFDA.
- En qué cuestiones concretas aprecias CAMBIOS (mejoras en ti).
- Continúas viniendo y participando tras la RECUPERACIÓN. ¿Por qué?



**2.2. ¿Consideras que son útiles y favorecen estrategias para afrontar la situación en la que te encuentras?**

**2.3. ¿Qué necesidades crees que se atienden desde ADFA?**

EXPLICAR EN QUÉ SENTIDO FAVORECE AFDA SU BIENESTAR.

**3. Cuáles son las principales dificultades que encuentras en el día a día.**

- A **nivel emocional** (sentimientos, emociones, percepción del entorno familiar y social).
- En cuanto al **apoyo social** (grupos de amigos, perfil de las familias, tipo de interacciones sociales, etc.).
- **FAMILIA.** ¿Qué papel asume la familia? ¿Cómo le influye esta enfermedad en su día a día/ENTORNO?
- Aspecto **económico y laboral.** ¿Estatus; ingresos? Perspectivas de futuro y visión de nuevas oportunidades.
- Ámbito **médico y sanitario.** ¿Seguimiento desde el ámbito público (Salud) del proceso de TRATAMIENTO? ¿DIAGNÓSTICO es temprano y adecuado? ¿Reciben información suficiente sobre el trastorno?
- **-INFORMACIÓN.** ¿Consideráis que los profesionales que os han atendido os han informado sobre la enfermedad de forma clara y concisa?
- **RECURSOS.** ¿Hay suficientes recursos para cubrir necesidades básicas de estas personas ahora? ¿Cómo definirías la CALIDAD de los servicios públicos de salud mental que has recibido (buena, adecuada, escasa, etc.?)

**4. ASPECTOS QUE PODRÍAN MEJORARSE.**

**4.1. ¿Qué consideráis que se podría mejorar en relación a esta enfermedad?**

- Ofrecer más información al usuario tras el diagnóstico.

- Mayor difusión y normalización del problema. Sensibilización.
- Más tratamientos psicoterapéuticos en entidades públicas.
- Mayor atención y seguimiento desde el ámbito de salud mental.

**4.3. ¿Algo que creáis que hace falta contemplar sobre esta enfermedad y dar a conocer (intervenciones posibles)?**

(Opiniones sobre posibles actuaciones necesarias y no contempladas).

**4.4. Otras cuestiones que se deseen tratar (opiniones de los entrevistados).**

CIERRE Y AGRADECIMIENTO.